

(1^{re} Série)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

(N° 187)

DE

L'INFLUENCE DE LA SYPHILIS

SUR L'ÉCLOSION & SUR L'ÉVOLUTION

DE LA

TUBERCULOSE

« L'Étude des causes est le point le plus important de l'histoire de la phthisie »

LOUIS (*Rech. anat. pathol. et therap., sur la phthisie, 1843*)

« La syphilis devrait servir de clef à toute la pathologie »

ANDRAL, cité par RICORD (*Lettres sur la Syphilis*)

THESE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le MERCREDI 4 JUIN 1884, à 3 HEURES

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

ALFRED STIEFFEL

D'ORAN (Algérie)

NANCY

IMPRIMERIE LORRAINE, RUE DU CROSNE, 3

—
1884

(1^{re} Série)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

(N° 187)

DE
L'INFLUENCE DE LA SYPHILIS
SUR L'ÉCLOSION & SUR L'ÉVOLUTION
DE LA
TUBERCULOSE

« L'Étude des causes est le point le plus important de l'histoire de la phthisie »

LOUIS (*Rech. anat. pathol. et therap., sur la phthisie, 1843*)

« La syphilis devrait servir de clef à toute la pathologie »

ANDRAL, cité par RICORD (*Lettres sur la Syphilis*)

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le MERCREDI 4 JUIN 1884, à 3 HEURES

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

ALFRED STIEFFEL

D'ORAN (Algérie)

NANCY

IMPRIMERIE LORRAINE, RUE DU CROSNE, 5

—
1884

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES ✱.

Doyen honoraire : M. STOLTZ C ✱.

Professeurs honoraires : MM. CAILLIOT ✱, STOLTZ C ✱, BACH ✱.

Médecine légale.....	M. TOURDES ✱, professeur.	
Thérapeutique.....	M. COZE ✱, professeur.	
Clinique interne.....	M. V. PARISOT ✱, profess.	
Clinique obstétricale et accouche- ments.....	M. HERRGOTT ✱, profess.	MM. { ROUSSEL ✱, prof. adj. E. PARISOT, id.
Pathologie générale et Patho- logie interne.....	M. HECHT, professeur.	M. DEMANGE ✱, prof. adj.
Physiologie.....	M. BEAUNIS ✱, professeur.	
Anatomie et Physiologie patho- logiques.....	M. FELTZ ✱, professeur.	
Chimie médicale et Toxicologie..	M. RITTER, professeur.	
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, professeur.	
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.	
Physique.....	M. CHARPENTIER, profess.	
Anatomie descriptive.....	M. LALLEMENT, professeur.	
Hygiène.....	M. POINCARÉ ✱, professeur.	
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, professeur.	
Pathologie externe.....	M. HEYDENREICH, professeur.	M. BÉCHET, prof. adjoint.
Clinique externe.....	M. N ..., professeur.	
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	M. N ..., professeur.	
Histologie.....	M. N ..., professeur.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. SPILLMANN.
E. DEMANGE.
A. HERRGOTT.

MM. GARNIER.
WEISS.
SCHMITT.
ROHMER.

MM. BARABAN.
BAGNERIS.
MACÉ.

M. BONNET, Secrétaire.

Examineurs de la Thèse :

M. BERNHEIM, *président* ; MM. HECHT, SPILLMANN et SCHMITT.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES SŒURS CHÉRIES

A MES FRÈRE ET BEAUX-FRÈRES!

A MA FAMILLE

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR BERNHEIM

Hommage respectueux

A MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS SPILLMANN

ET A. HERRGOTT

Témoignage de profonde reconnaissance

A MM. LES PROFESSEURS TOURDES ET POINCARÉ

AVANT-PROPOS

Nous nous proposons d'étudier dans cette thèse l'action de la syphilis sur l'évolution de la tuberculose. L'idée première de ce travail appartient à notre excellent maître, M. le professeur agrégé Spillmann. Nous voulons lui exprimer, à cette place, toute notre reconnaissance pour les conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer pendant le cours de nos recherches, et pour la bienveillance qu'il nous a témoignée pendant nos études médicales.

Qu'il nous soit permis d'adresser notre gratitude à M. le professeur Bernheim, pour avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

Nous adressons, enfin, nos remerciements à M. le professeur agrégé Rohmer, à M. le docteur Ganzinotty, à MM. Hagen et Brulard, internes des hôpitaux, à MM. Boiteux et Ehrmann, pour les recherches microscopiques, cliniques, et traductions de langues étrangères, dans lesquelles il nous ont si obligeamment prêté leur concours.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547426_0038

INTRODUCTION

Attaché en 1882 au service des maladies vénériennes, nous avons pu suivre pendant quelque temps un malade, dont nous allons brièvement rapporter l'histoire. C'était un jeune homme robuste, âgé de 19 ans, bien portant jusqu'alors. Son père était mort tuberculeux. Il présentait, à son entrée à l'hôpital, un chancre nettement syphilitique, suivi, six semaines après, d'accidents secondaires (roséole, syphilides des lèvres, de la bouche, alopecie). En même temps, le malade se plaignait d'une toux sèche, fréquente, occasionnant par moment des vomissements; l'expectoration était séreuse, peu abondante, sanguinolente parfois. Vers le soir, la température atteignait 40°. Le matin, la température variait entre 38° et 38°5. Sueurs matinales abondantes. De plus, perte de l'appétit, soif continuelle, pas de diarrhée. A la percussion du thorax, la sonorité était normale partout; à l'auscultation, on percevait dans toute l'étendue des poumons une inspiration rude, et une expiration nettement prolongée, presque soufflée. Evidemment, une tuberculose évoluait chez ce jeune homme, qui venait de contracter la syphilis. Malheureusement, le malade quitta l'hôpital, et nous ne pûmes le retrouver dans aucun des services de clinique interne.

Depuis, M. Spillmann insista, dans ses leçons, sur les rap-

ports qui existent entre la syphilis et la tuberculose : l'histoire de notre malade nous revint à la mémoire. En cherchant dans les auteurs, il nous fut facile de trouver des observations analogues et nous avons été assez heureux pour suivre nous-mêmes, dans différents services, des malades atteints simultanément des deux diathèses. Il nous a semblé qu'il y aurait quelque intérêt à réunir ces différents documents, à les analyser et à étudier l'influence réciproque que peuvent avoir, l'une sur l'autre, la syphilis et la tuberculose. Sans doute, notre travail gagnerait en importance, s'il reposait sur des observations longuement poursuivies, ce qui est bien difficile dans la pratique hospitalière. Notre but sera atteint, si nous parvenons à éclairer quelques points de cet intéressant problème clinique.

On ne manquera pas d'élever des objections nombreuses à à notre manière de voir : nous allons les signaler, et essayer de les réfuter en même temps.

1° Et pourquoi, dira-t-on, la tuberculose serait-elle la résultante de la syphilis ? Ces deux diathèses sont si répandues de nos jours, qu'elles peuvent fort bien coexister chez le même malade, sans pour cela être la résultante l'une de l'autre. Evidemment, le tuberculeux n'est pas plus à l'abri de la syphilis qu'un autre, et il pourrait y avoir bien souvent simple coïncidence des deux affections. Encore, est-il intéressant, dans ces cas, de voir comment les deux maladies se comportent l'une vis-à-vis de l'autre, chez le même individu. Mais, en dehors de ces cas, il en est d'autres où la relation de cause à effet ne saurait être niée. Qu'une personne bien portante jusqu'alors, vienne à contracter la syphilis, qu'elle devienne tuberculeuse ensuite, ne sommes-nous pas autorisés à conclure que la syphilis a été pour quelque chose dans l'éclosion de la tuberculose ? Peut-on nous accuser de

conclure de cause à effet, alors qu'il ne s'agirait que d'accidents qui se sont suivis sans relation aucune?

2° D'autres évoqueront la loi d'antagonisme, qui voudrait qu'il y ait « entre le tubercule et le produit syphilitique, un antagonisme analogue à celui qui existe entre le tubercule et le cancer. » (1).

Guéneau de Mussy dit, dans le même sens : « Le travail nutritif, fortement dévié dans une direction, semble plus difficilement entraîné dans une voie anormale. »

Mais ne voyons-nous pas la coqueluche, le diabète, le rétrécissement de l'artère pulmonaire, etc., etc., être la cause occasionnelle de la tuberculose? Et cependant ce sont des affections bien différentes. Ne voyons-nous pas de même un rapport probable entre le rhumatisme articulaire aigu et la chorée, entre la syphilis et l'ataxie locomotrice progressive? Les complications des fièvres graves sont-elles autre chose que des affections nouvelles, greffées sur un organisme débilité, d'une susceptibilité plus grande par suite des désordres produits par l'affection primitive? Il est fait justice aujourd'hui de cette prétendue loi d'antagonisme, qui n'est vraie que rarement et, du reste, jamais d'une manière absolue. Pellerin (*thèse de Paris* 1884) dit : « Un élève de Rokitansky crut pouvoir diviser presque toutes les maladies en trois catégories, d'après le simple aspect du sang des cadavres. Il y eut une crase fibrineuse, une crase albumineuse et, une crase séreuse. Comme le tubercule était dans la crase fibrineuse, tandis que le cancer était dans la crase albumineuse, il s'en suivit que le tubercule ne pouvait faire invasion dans le champ du cancer. Ces deux maladies pouvaient régner dans le même corps, à des époques différentes, mais jamais en

(1) Lancerot, *Traité pratique de syphilis*, 1876.

même temps. Le professeur Rokitansky adopta les élucubrations de son élève, et la loi d'antagonisme fut mise au monde. » Et Raymond, dans le dictionnaire de Jaccoud : « On a prétendu que l'économie absorbée par une diathèse, se trouvait dans la situation de l'homme livré à une préoccupation unique, et devenu, par cela même, incapable de vaquer à d'autres travaux : ce sont là des vues de l'esprit. » Enfin, Hérard et Cornil : « Après avoir longtemps admis que la tuberculose et certaines affections, telles que le cancer, l'emphysème, coexistent rarement, la plupart des auteurs reconnaissent aujourd'hui que la tuberculose se développe souvent consécutivement à ces affections, même consécutivement à celles qui avaient été considérées jusqu'alors comme procurant une immunité absolue. »

3° On s'est demandé pourquoi la syphilis, affection spéciale, produirait la tuberculose, affection non moins spéciale. Si l'une de ces affections pouvait produire l'autre, la syphilis et la tuberculose cesseraient d'être des entités morbides. C'est là un souci exagéré. Parce que la syphilis aura occasionné, ou réveillé, ou aggravé la tuberculose, cela ne veut pas dire que la tuberculose comme la syphilis, ne resteront pas chacune une affection distincte. Deux affections peuvent s'influencer l'une l'autre, sans cesser d'être des entités morbides bien déterminées. « La vérole ne fait pas que de la vérole, » a dit M. Fournier ; et ce mot montre bien que la syphilis, comme d'autres affections sérieuses, détériorant profondément l'organisme entier, peut produire des altérations secondaires, quelquefois plus graves que la syphilis elle-même.

4° On a encore objecté que l'aggravation de la tuberculose chez les syphilitiques n'était pas due à la syphilis, parce qu'elle

aurait pu se produire sans elle. Certes, bien souvent la marche de la tuberculose serait rapide, et le malade ne bénéficierait guère d'avoir la syphilis en moins. Mais combien souvent aussi la tuberculose ne guérit-elle pas, ou au moins n'a-t-elle pas des temps d'arrêt, des moments d'amélioration de plus ou moins longue durée ?

Et si nous voyons un malade affecté d'une tuberculose chronique, à marche lente, ou même stationnaire, contracter la syphilis, puis l'affection pulmonaire suivre une marche rapide, ne concluons-nous pas que la syphilis a hâté l'évolution tuberculeuse ?

5° Enfin, on s'est demandé comment, étant donnée la fréquence des deux affections, les observations démontrant leur relation possible étaient relativement rares. L'objection est fondée, en apparence du moins. En faisant nos recherches bibliographiques, nous n'avons le plus souvent pu prendre les observations, parce qu'elles étaient présentées sous un aspect tel, que l'auteur, pour le besoin de sa thèse, pût conclure à des lésions syphilitiques gommeuses du poumon. Hanot (Dict. Jaccoud, art. *tuberculose*) cite les cas de phthisie pulmonaire rapportés par Baglivi, Hoffmann, etc., et ajoute : « Aux yeux de la plupart des auteurs, il s'agissait bien de lésions syphilitiques évoluant dans les poumons. Mais n'ont-ils pas pris pour des lésions syphilitiques, des lésions tuberculeuses ? Rien d'impossible. » Et en effet, quand il est donné à un seul auteur, très consciencieux d'ailleurs, d'observer 112 cas de gommes du poumon, alors que tout le monde est unanime pour admettre la rareté de cette lésion, on est pris de doute sur l'exactitude du diagnostic. Doute qui devient certitude, quand on lit ces observations (1). Il est une seconde

(1) Pancritius, *Ueber Lungen-syphilis*, 1881.

raison, qui explique non moins clairement la cause de la rareté relative des observations : On examine un tuberculeux, on ne recherche que son affection pulmonaire, soit que l'on ne se donne pas la peine de chercher la syphilis, soit, — ce qui arrive peut-être plus fréquemment, — que la syphilis ne se manifeste par aucun accident sensible au moment de l'examen. Le chancre a disparu, la cicatrice est imperceptible, l'adénopathie inguinale est très diminuée, ou bien est rapportée à la scrofule, les accidents secondaires sont nuls ou déjà passés ; et le malade nie toute affection vénérienne, soit par mauvaise foi, soit par ignorance de l'affection.

M. le professeur Fournier dit, dans sa leçon sur « les syphilis ignorées » : (1) « On ne comprend guère qu'une maladie si complexe, caractérisée par des symptômes multiples, puisse passer inaperçue. Comment peut-on la porter sur soi à l'état latent, inconscient ? Et cependant, c'est bien vrai, une syphilis peut rester ignorée. Le fait est même fréquent. Le fait est si fréquent pour moi, que la négation du malade n'est plus un argument. »

Jumon (thèse 1880) a compté, dans le service de M. Fournier, les cas de syphilis ignorée, et a trouvé, à la période secondaire : 5 pour 100 chez les hommes, 20 pour 100 chez les femmes ; et, à la période tertiaire, 17 pour 100 chez les hommes, 50 pour 100 chez les femmes.

Cependant, l'influence de la syphilis sur la tuberculose a été remarquée et étudiée, sinon d'une manière spéciale, du moins incidemment.

(1) *Gaz. des Hôp.*, 1878.

HISTORIQUE ⁽¹⁾

Dans l'antiquité et au moyen-âge, la syphilis n'est guère connue. Elle est confondue avec le chancre mou, la blennorrhagie, et surtout avec la lèpre. Alors la syphilis était considérée comme cause de tout mal ; bien mieux, la blennorrhagie, de simples végétations étaient capables de produire la tuberculose.

Astruc in *De morbis venereis libri novem II*, Paris, 1740 dit, à propos des conséquences de la syphilis : « *Functiones vitalis, dyspnœa, orthopnœa, hemoptæ, seu sanguinis sprito, tussi sicca, humidave, vomica, phthisi a tuberculis vel ab ulceribus pulmonum...* » Et Morgagni in *De sedibus et causis morborum* (1767) : « *Non raro in lue venerea lædi pulmones.* » Et dans sa 22^e lettre, il dit encore : « Certes, ceux qui pratiquent, soit la médecine, soit l'anatomie, n'ignorent pas que la phthisie peut se joindre assez souvent à cette affection. »

A. Paré, parlant de la grosse vérole, dit : « Autres demeurent asthmatiques et hectiques, avec une fièvre lente, et meurent tabides et desséchés. »

Sroeder dit : (2) « *Producit inflammationes, spasmos, tumores et tubercula in variis partibus, nec non raro in*

(1) L'historique est empruntée en partie à la thèse de Landrieux, Paris, 1872.

(2) *De pneumonide syphilitica. Gætting, 1779.*

pulmonibus. » Morton : « *Æque etiam verum est, et in praxi non raro observandum venit, vere pulmonarem phthisim, a mera sanguinis et humorum alteratione, lue venerea facta, originem suam ducere* ».

Pour Baumes et Ramazzani, c'est le traitement mercuriel qui produit la tuberculose.

Avec Portal la question est nettement posée ; et déjà ses conclusions sont à peu près celles d'aujourd'hui : « La maladie vénérienne, dit-il, est d'abord locale. Il est des sujets qui en sont très longtemps affectés, sans que leur poitrine s'en ressente ; mais il y en a d'autres chez lesquels le vice vénérien affecte *bientôt* la poitrine ; et il paraît que c'est *chez ceux qui ont quelque disposition à la phthisie*, comme Fernel et d'autres célèbres médecins l'ont déjà prouvé. Ces malades toussent, maigrissent, et éprouvent successivement les divers symptômes de la phthisie confirmée, dont ils meurent ».

Portal, Dessault, employaient le mercure contre la phthisie.

Laënnec (1781) et Andral considèrent la tuberculose comme suite possible de la syphilis. « Quoiqu'il ne soit pas encore démontré par des expériences positives, il est au moins probable que les excès, les affectations syphilitiques dégénérées, l'abus des préparations mercurielles débilitantes, et surtout du sublimé, sont quelquefois la cause occasionnelle du développement des tubercules ; mais cela ne prouve pas que ces causes suffisent pour produire la phthisie chez des sujets qui n'y seraient prédisposés (Laënnec). »

En 1826, Stokes et Graves allèrent plus loin. Ils maintinrent, tout en admettant la possibilité de la gomme du poumon, que la syphilis pouvait produire la tuberculose chez un individu non prédisposé. Cullerier (1837) admit que la syphilis activait souvent la marche d'une tuberculose préexistante.

Munck, au contraire, (1) pense que la syphilis ne peut avoir aucune influence sur la formation des tubercules.

Avec Ricord (1844), il ne fut plus question que de syphilis pulmonaire. .

En 1849, Bardès Pagès admit, dans sa thèse d'agrégation, une phthisie pulmonaire, symptomatique d'un vice spécifique, surtout de syphilis ».

En 1851, Lagneau admit, dans sa thèse sur « les maladies pulmonaires causées ou influencées par la syphilis »: 1° l'existence d'une syphilis pulmonaire; 2° Une tuberculose préexistante, et dont l'évolution serait provoquée ou accélérée par l'apparition de la diathèse syphilitique.

Vidal de Cassis parle de « l'influence exercée par la syphilis sur l'apparition *rapide* de la tuberculose chez les individus prédisposés. »

En 1864, M. de Naux soutient que « la syphilis a une certaine influence sur le développement de la phthisie pulmonaire, soit qu'elle agisse comme cause excitatrice de tubercules préexistants, soit qu'elle détermine l'évolution même des tubercules dans le poumon. » (2)

Lancereaux, dans son *Traité de la syphilis* (1866), croit que: « Les manifestations de certaines maladies, celles de la scrofule et de la phthisie pulmonaire particulièrement, sont quelquefois *éveillées* par la syphilis. Toutefois, il n'est nullement prouvé que celle-ci puisse les engendrer; elle est, tout au plus, à leur égard une cause occasionnelle. »

Dans un article du *Med. Times and Gaz.* (1867), Jonhson ayant remarqué combien souvent ses malades phthisiques, ou ayant des accidents tels que caries, strumes, étaient syphili-

(1) *London med. Gaz.*, 1837.

(2) Concours de la Société de Gand.

tiques, ou descendaient de parents syphilitiques, conclut que « la syphilis peut produire la phthisie. La connaissance d'une famille syphilitique ne me laisse pas de doute. » Et à la fin de l'article : « Je comprendrais qu'en certaines régions, la syphilis existât sans qu'il y ait pour cela des phthisiques. Mais je ne comprendrais pas qu'il existât dans une contrée des cas de phthisie, sans que la syphilis s'y rencontrât en même temps. » Et la même idée ressort d'un traité de Homann, cité par Klinger (1). Homann pense à une action de cause à effet, entre l'épidémie de syphilis du siècle dernier, dans certains cantons, et une épidémie de tuberculose dans les mêmes cantons. »

Vouloir faire ainsi de la tuberculose une affection toujours consécutive à la syphilis, c'est évidemment plus qu'exagérer les conclusions de quelques faits isolés. S'il était besoin de combattre une pareille hypothèse, il suffirait d'objecter que les animaux sont fréquemment tuberculeux, alors qu'ils sont réfractaires à l'inoculation du virus syphilitique.

Ce qui a pu conduire quelques rares observateurs à une telle conclusion, ce sont les analogies des deux affections ; c'est peut-être aussi la géographie des deux maladies, qui n'est point sans présenter de nombreuses ressemblances. En effet, en comparant la distribution des deux affections (2), il ressort que :

1° Les deux affections peuvent se rencontrer partout ;

2° Les deux affections sont rares dans les climats extrêmes, c'est à dire dans les régions polaires et tropicales. Ce sont les

(1) *Jahresbericht*, 1867.

(2) Lancereaux, 1868 et *Gaz. hebdomadaire de médecine*, Paris, 1880. Art. Rey, des *Annales de dermatologie*, 1860. *Leçons sur maladies vénériennes*, par Mauriac, 1883. *Dictionnaire* de Jaccoud, art. Hanot.

zones tempérées, les climats variables sous le rapport de la sécheresse et de la température, qui sont le plus favorables au développement des deux maladies. Les deux maladies sont fréquentes sur le littoral et dans les îles. Elles se développent de préférence dans les grands centres, partout où il y a agglomération ;

3° La syphilis, comme la tuberculose des pays chauds, est plus grave, plus malfaisante, surtout pour les étrangers anémiés par l'influence du séjour dans le pays ;

4° Enfin, une analogie curieuse et encore inexpliquée, c'est que les deux affections sont rares en Islande.

A côté de ces points de ressemblance, il est une différence : c'est que les hautes altitudes semblent aggraver la syphilis et agir, au contraire, favorablement sur la tuberculose.

Pour Pidoux, il n'y aurait pas de phthisie tuberculeuse d'origine syphilitique.

Pour Bazin, « la syphilis peut aider au développement de la tuberculisation pulmonaire chez les individus prédisposés ; mais elle est incapable de produire par elle-même autre chose que des tubercules syphilitiques. »

Andrieux ne rejette pas l'influence exercée par la syphilis sur l'apparition de la tuberculose pulmonaire. « Nous pensons que la syphilis agit de plusieurs manières, soit pour provoquer l'apparition des tubercules chez les individus prédisposés, soit pour aggraver une tuberculose pulmonaire déjà existante. »

Fournier dit : (1) « La phthisie syphilitique est loin d'être acceptée comme elle mérite de l'être. Plus d'une fois elle a été méconnue, parce qu'on a mis en doute, parce qu'on a refusé de parti pris un rapport possible entre une syphilis ancienne

(1) *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1875.

et une affection pulmonaire actuelle ». Et plus loin : « La syphilis sert quelquefois d'origine à la phthisie vulgaire. Si j'avais à donner la démonstration de ce dernier fait, *je pourrais citer ici nombre d'observations probantes, dans lesquelles la phthisie s'est développée chez des sujets syphilitiques, sous l'influence évidente de la vérole.* »

M. Fournier va même plus loin, et croit que « certains sujets, *non* prédisposés personnellement ou héréditairement, deviennent tuberculeux à la suite de la syphilis. »

Thoresen (1) ne croit pas à l'influence de la syphilis sur la tuberculose.

Pour Fraenkel (2), très fréquemment la phthisie serait éveillée par la syphilis.

Enfin, pour Mauriac (3), « l'influence de la syphilis sur la tuberculose pulmonaire n'est pas encore complètement élucidée. On ignore si cette maladie est capable de produire par elle-même la tuberculose chez des sujets placés en dehors de toutes les conditions qui y prédisposent. Mais il n'est pas douteux qu'elle favorise l'éclosion chez ceux qui en avaient le germe. »

Cette question reste donc aujourd'hui pleine d'incertitude. Pour les uns, les Anglais surtout, la tuberculose et le cancer résulteraient d'une série de transformations de la syphilis à travers les générations. Les Allemands voient de la syphilis pulmonaire partout. L'école française semble revenir à l'opinion de Laënnec : La gomme du poumon se rencontre quelquefois, mais rarement. La syphilis peut être la cause occasionnelle de la tuberculose chez les individus prédisposés,

(1) *Norsk. Mag. f. Lægevidensk.*, 1875.

(2) *Berliner. Klin.-Woch.*, 1876.

(3) *Leçons sur les maladies vénériennes*, 1883.

mais ne saurait la produire en dehors de cette prédisposition.

Nous allons exposer les principaux faits que nous avons pu recueillir sur ce sujet. Ils nous permettront de saisir les causes du désaccord qui règne actuellement sur cette question.

Nous diviserons les observations en deux groupes : le premier groupe comprenant les malades tuberculeux* d'abord, puis devenus syphilitiques ; le deuxième groupe comprenant les malades syphilitiques d'abord, puis devenus tuberculeux.

Nous subdiviserons ce second groupe en deux parties, selon que les accidents seront graves, ou relativement bénins.



1^{er} Groupe. — Syphilis précédée d'infection tuberculeuse.

Observation I.

Tousse depuis l'âge de 24 ans. Syphilis contractée à l'âge de 44 ans. La tuberculose suit une marche plus aiguë à l'âge de 48 ans (Thèse G. TESSIER, Paris, 1881).

Joséphine Séb..., 48 ans. A eu la fièvre typhoïde à 24 ans et le choléra quelques mois après. A eu des gourmes dans son enfance.

Il y a 4 ans, ses cheveux ont été couverts de croutes et sont tombés. En même temps, la malade se plaignait de maux de gorge.

17 novembre 1879. — Depuis 24 ans, J. Séb... tousse chaque hiver; mais depuis un an, la toux a redoublé d'intensité. Pas d'hémoptysie. Amaigrissement depuis le mois de mars. Sueurs nocturnes. Fièvre qui ne la quitte guère depuis cette époque. Appétit disparu; n'est plus réglée depuis un an. Toux fréquente. Expectoration abondante.

Poumons : en avant et à droite, expiration prolongée.

Observation II.

Malade se tuberculisant depuis quelques mois; contracte un chancre syphilitique (1881).

Sous l'influence d'un traitement spécifique, les accidents syphilitiques s'amendent.

L'état général redevient bon, mais pour un moment seulement. Quelques mois après, les deux sommets étaient pris, et la malade succomba en septembre 1882 (communiquée par M. SPILLMANN).

Mademoiselle M..., 23 ans. Lorette du demi-monde, a une sœur qui se porte très bien et qui habite Paris. Blonde, lymphatique, tousse depuis plusieurs mois. Diminution du murmure respiratoire à droite, avec quelques râles sous-musqueux. Accès fébriles de temps en temps. Léger amaigrissement. Cependant l'appétit est très bien conservé. Dans cet état, cette femme contracte une syphilis qui est méconnue au début, l'accident primitif n'ayant pas éveillé son attention, et les premières manifestations de la maladie sont constituées par une syphilide papuleuse, assez confluenté sur le tronc et sur l'abdomen.

Asthénie considérable. Alopécie. Syphilides génitales, etc... Ces accidents se manifestèrent vers la fin de 1881. Fait curieux à noter, et que nous relations ici incidemment, c'est qu'un jeune homme, que cette femme contagionna à cette époque, contracta un chancre phagédénique syphilitique qui détruisit une partie du gland ; il fut atteint consécutivement d'une syphilis maligne qui n'est pas encore complètement guérie à l'heure qu'il est. Malgré l'état des poumons, on institua un traitement spécifique assez énergique sous l'influence duquel les accidents cutanés ne tardèrent pas à disparaître. L'état général s'améliora, à tel point qu'on pouvait se demander s'il n'était pas survenu un arrêt dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire. La malade passa assez bien l'hiver, ayant de temps en temps quelques petites poussées du côté de la peau et des muqueuses (psoriasis palmaire, syphilides érosives des lèvres, des piliers du voile du palais et des amygdales.) Les fonctions digestives étaient intactes. Vers le mois de mars, survint de la fièvre, journalière, intense, qui ne céda ni au sulfate de quinine, ni à la digitale. L'induration du poumon droit ne fit que s'étendre. Le poumon gauche se prit à son tour. Tout traitement spécifique fut abandonné et la malade fut soumise à l'emploi de l'huile de morue créosotée, de l'iodoforme et de l'arsenic. Des sueurs profuses ne tardèrent pas à se montrer. Elle dépérit rapidement, et bien que placée dans d'excellentes conditions, à la campagne, soumise à un régime lacté, elle succomba dans le courant du mois de septembre 1882.

Pendant les 6 derniers mois de son existence, elle n'avait plus présenté aucune manifestation syphilitique apparente.

Observation III.

Tuberculose datant de 2 ans. Syphilis récente. Traitement spécifique : Syphilis bénigne.

Tuberculose stationnaire (Communiquée par M. le professeur agrégé ROHMER).

X..., coupeur en chaussures âgé de 34 ans, toussé depuis deux ans ; a eu quelques légères hémoptysies. Expectorations abondantes. Matité et craquements secs, sous les deux clavicules. Pas de diarrhée. L'état général devenait de plus en plus mauvais, la tuberculose semblait suivre une marche assez rapide, quand, il y a 8 mois, le malade contracta la syphilis. Le chancre nettement syphilitique, accompagné d'une adénopathie biinguinale caractéristique, fut suivi six semaines après son apparition, de roséole. Son épouse présenta en même temps, des accidents syphilitiques analogues, du même âge. Outre la roséole, elle présentait des plaques muqueuses de la gorge, des syphilides

papulo squameuses de la face et des membres supérieurs. Les deux malades suivirent un traitement spécifique (protoiodure de mercure 0,06) et tonique. Sous l'influence de ce traitement le mari présente des accidents syphilitiques très légers, et son état général semble même se relever.

Observation IV.

Malade toussant depuis 4 ans. Chancres syphilitiques contractés il y a environ un an. L'affection pulmonaire s'est aggravée depuis 6 mois. La malade n'a pas suivi jusqu'alors de traitement anti-syphilitique. Elle est mise au traitement mixte du protoiodure et de l'iodure qui l'affaiblit davantage et qu'on dut suspendre bientôt. La malade mourut peu de temps après son entrée à l'hôpital (Personnelle. Recueillie dans le service de M. le professeur BERNHEIM).

J. R..., âgée de 24 ans. Travaille la chaussure depuis douze ans. Parents morts, le père de bronchite, dit-elle, et la mère toussait également. Deux sœurs mortes à l'âge de 23 ans et de 31 ans, d'affections pulmonaires. Deux frères, soldats, bien portants; l'aîné est âgé de 40 ans. La malade a eu des accidents scrofuleux dans son enfance. Il y a quatre ans, elle eut un enfant sain qui vit encore actuellement et se porte bien. Depuis l'accouchement la malade tousse, mais au début c'était une toux rare qui l'inquiétait peu. L'expectoration était rare, séreuse. Elle a eu quelques légères hémoptysies; cependant l'état général restait satisfaisant.

Réglée depuis l'âge de 14 ans, elle l'a été régulièrement jusqu'à il y a six mois; c'est à partir de ce moment que sa santé s'altéra rapidement. Les règles devinrent peu abondantes, survenant à des intervalles irréguliers et depuis deux mois elles sont complètement supprimées; pertes blanches depuis six mois. Depuis la même époque, sueurs nocturnes abondantes, la forçant à changer deux fois pendant la nuit. La toux devint de plus en plus fréquente; l'expectoration changea de caractère peu à peu et de séreuse devint muco purulente. En même temps elle était plus abondante. Les quintes de toux occasionnaient souvent le vomissement.

Etat actuel. (Août 1883). — Décubitus dorsal. Face amaigrie, pâle. Muqueuses anémiées. Membres grêles, sans forces. Thorax large. Creux sus et sous claviculaires très marqués. Les deux premiers espaces intercostaux sont déprimés. La respiration est surtout abdominale. La partie supérieure de la cage thoracique se soulève peu et en masse. Matité dans les deux premiers espaces des deux côtés en avant. A l'auscultation: gargouillements au sommet gauche, toux et voix cavernueuses. Au sommet droit respiration très rude, expiration soufflée. En arrière, la percussion est douloureuse dans la fosse

sus-épineuse. Bases sonores. A l'auscultation, râles sous crépitants nombreux dans les fosses sus et sous-épineuses gauches, inspiration rude et expiration prolongée à la base gauche.

A droite, dans toute la hauteur, respiration rude, expiration prolongée.

Le foie dépasse les fausses côtes de un travers de doigt. Bruits du cœur normaux.

La malade se plaint d'ulcérations de la bouche. Ces ulcérations qui la tourmentent depuis trois mois, paraissent puis disparaissent pour reparaitre encore. Actuellement elles siègent sur les bords de la langue, sur la face interne des joues : Ces lésions multiples, petites, ne sont pas creusées, mais superficielles, blanchâtres, ayant absolument l'aspect de plaques muqueuses. La malade avoue, non sans difficulté, qu'elle perd les cheveux depuis six mois.

Elle avoue également avoir eu depuis deux ans, des « boutons » à la vulve, à l'anus, à la face interne des cuisses, boutons qui disparaissent spontanément. Elle n'a jamais consulté personne et n'a suivi aucun traitement.

A l'examen des parties génitales on constate l'existence de deux ulcérations, siégeant l'une dans le sillon génito-crural gauche, et l'autre à la fourchette. Ces deux ulcérations sont en voie de guérison. Légère adénopathie biinguinale. Adénopathie bicervicale peu prononcée.

Ayant pris la température pendant huit jours, nous constatons qu'elle varie le matin entre 36°, 8 et 37°, 5 et le soir entre 38°, 5 et 39°, 5 (un soir elle atteint cependant 40°); le pouls varie entre 92 et 116, et la respiration entre 24 et 32.

17 septembre. — Monsieur le Dr Ganzinotty, faisant le service, voulut bien instituer le traitement antisyphilitique. Première friction mercurielle avec 4 grammes d'onguent napolitain.

18 septembre. — Iodure de potassium, 3 grammes.

19 septembre. — Deuxième friction mercurielle avec 4 grammes d'onguent.

20 septembre. — Iodure de potassium, 3 grammes. Les plaques muqueuses de la bouche sont en voie de disparition. La malade se trouve mieux. Les frissons de l'après-midi, les sueurs de la nuit se sont amendés sensiblement. La toux est plus rare. Pas de vomissement dans la journée d'hier.

21 septembre. — Troisième friction avec 4 grammes d'onguent.

22 septembre. — Iodure de potassium 3 grammes et quatrième friction avec 4 grammes.

23 septembre. — Nouvelles plaques muqueuses sur le bord droit de la langue. Cinquième friction avec 4 grammes d'onguent, iodure de potassium 2 grammes.

25 septembre. — Même état : Iodure de potassium 2 gr. 50.

27 septembre. — La malade est très affaiblie. Elle vomit tout ce qu'elle prend. Sixième friction avec 6 grammes d'onguent.

28 septembre. — La cachexie augmente. La malade est très abattue. Toux fréquente, expectoration abondante. Points de côté à la base gauche : Iodure de potassium 2 gr. 50 et septième friction avec 8 grammes.

29 septembre. — Prostration très grande, 8^{me} friction : 10 grammes. Diarrhée abondante. Suppression de l'iodure de potassium.

30 septembre. — 9^{me} friction : 10 grammes.

1^{er} octobre. — La faiblesse étant extrême, on supprime les frictions mercurielles. Même état jusqu'au 5 octobre. Le 5, dans la nuit, la malade a du délire : température, 38°,4; pouls, 96; respiration, 32. Elle meurt le 6 octobre 1883.

Autopsie : On constata les deux ulcérations de la vulve et du pli génito-crural.

Examen des poumons : Au sommet gauche, est une caverne du volume d'un poing, superficielle en avant. La caverne contient de la matière caséeuse; les parois de la caverne sont indurées. Le lobe inférieur du poumon gauche est farci de tubercules à différents âges, dont quelques uns sont récents.

Au sommet droit, est une caverne plus petite que celle de gauche, de même aspect. Le lobe moyen est envahi de tubercules gris, durs, de formation évidemment récente. Le lobe inférieur est sain, un peu congestionné. La partie moyenne de la plèvre droite est adhérente au poumon. Les deux feuillets de cette partie de la plèvre sont soudés ensemble. Le feuillet pariétal est criblé de tubercules gris. Le feuillet viscéral est épaissi et adhérent aux deux sommets ; foie gras, hypertrophié.

Cœur, reins, organes génitaux internes normaux.

¹ Deux ulcérations de la surface d'une pièce de cinquante centimes, dans la dernière portion de l'intestin grêle.

Pas de méningite, ni de tubercules à la base du cerveau ; à la partie inféro-interne des lobes cerebelleux, se trouvent deux petites tumeurs mûriformes qui arrivent jusqu'aux origines apparentes de l'acoustique sur le plancher du quatrième ventricule, formant une bande qui se continue sur le lobe médian du cervelet. Les ventricules latéraux sont légèrement distendus.

2^e Groupe. — Tuberculose consécutive à l'infection syphilitique.

(A) CAS GRAVES.

Observation V.

Syphilis contractée à l'âge de 26 ans. Syphilis non traitée. Tuberculose débutant à l'âge de 31 ans. Traitée à ce moment, la syphilis est heureusement influencée. La tuberculose suit sa marche rapide. Le malade meurt à l'âge de 32 ans (Ch. LÉPINE, Thèse de Paris, 1816, sur la syphilis du larynx).

J.-F. Gal., 32 ans. — Constitution forte, tempérament sanguin, atteint à l'âge de 26 ans de la maladie vénérienne dont il ne se traite pas. De temps en temps, chaque année, il lui survenait sur le prépuce et sur le gland des ulcérations. A l'âge de 31 ans Gal..., au sortir d'un bal où il avait beaucoup bu et dansé, fut pris d'une laryngite qui augmenta de jour en jour. Il entra à la charité le 11 décembre 1814, et présentait les symptômes suivants : Toux fréquente, accompagnée d'expectoration difficile, de crachats abondants et purulents ; respiration bruyante, voix très altérée, déglutition douloureuse. Tubercules et ulcérations du larynx. Céphalalgie intense, pendant la nuit surtout. Soif inextinguible.

Pendant les huit premiers jours de séjour à l'hôpital, on mit en usage les calmants, les adoucissants. Bientôt après, on employa le traitement antisyphilitique, qui diminua beaucoup les douleurs ostéocopes de la tête. Mais les symptômes de la phthisie laryngée ne diminuaient pas d'intensité jusqu'à la mort qui arriva le 24 mars 1816.

Autopsie. Les deux poumons étaient adhérents, dans toute leur étendue à la plèvre costale. Les bronches étaient remplies de mucosités purulentes, les deux poumons présentaient seulement à la partie supérieure, des tubercules dont la plupart commençaient à suppurer.

Observation VI.

Dégénérescences syphilitiques des parties molles et osseuses. Syphilomes du foie, de la rate, des reins. Tuberculose pulmonaire. Les deux sommets renferment des cavernes (WAGNER, Archiv. der Heilkunde, 1863).

Femme syphilitique morte à l'âge de 32 ans, le 6 avril 1861.

La moitié supérieure de la grande lèvre gauche est creusée de plusieurs ulcérations dont la plus grande atteint jusqu'au volume d'une fève. Ostéophyte à la face interne du frontal. Larynx normal. La moitié droite de la partie supérieure de la poignée du sternum contient sous le périoste, une substance abondante, jaune, caséuse.

Poumon gauche : petit, très adhérent aux parties voisines ; par places, la plèvre contient des masses purulentes. Le lobe inférieur est très comprimé.

Le lobe supérieur plus petit est occupé par de nombreuses cavernules communiquant les unes avec les autres et contenant du sang. Bronchite. Ganglions bronchiques hypertrophiés, durs.

Poumon droit. Volume normal. Lobe inférieur très adhérent. Lobe supérieur moins adhérent. Plèvre viscérale partout épaissie. Epanchement pleural. La plus grande partie du lobe supérieur est formée par des cavernes communiquant ensemble, superficielles, remplies de muco-pus et de sang. Lobes moyen et inférieur congestionnés.

Pas d'épanchement péritonéal. La partie de la séreuse comprise entre le foie et la petite courbure de l'estomac est remplie de tubercules miliaires, nombreux, petits, gris. Foie légèrement hypertrophié. Points blancs grisâtres sur sa surface. Les grandes lèvres sont couvertes de cicatrices.

Observations VII, VIII et IX.

3 cas de tuberculose à marche aiguë, consécutive à la syphilis.

Lancereaux, dans son *Traité historique et pratique de la syphilis*, 1866, dit : « j'ai observé seulement trois cas où la syphilis m'ait paru avoir joué le rôle de cause provocatrice par rapport au développement de tubercules pulmonaires : Trois individus débilités et amaigris par la Syphilis furent atteints d'une tuberculisation à marche assez rapide qui finit par les emporter. »

Observation X.

Tuberculose à marche aiguë chez un enfant de 8 ans, consécutive à la syphilis.

Herman Lebert (*Med. Times and Gaz*, 1869), rapporte le cas d'une petite malade, âgée de 8 ans. Bien portante avant le début de sa syphilis. La mère de cette enfant était mariée en secondes noces. Son premier mari, le père de la malade, était mort tuberculeux. Deux enfants moururent dans leur première année. La mère toussait quelquefois, expectorait peu et ne présentait pas les symptômes de la tuberculose. Evidemment, il existait chez l'enfant une prédisposition héréditaire provenant du père, cependant le développement rapide de l'inflammation tuberculeuse, des glandes cervicales et inguinales, semblait avoir été occasionné par la syphilis.

Observation XI.

Chancre contracté à l'âge de 36 ans. A suivi un traitement anti-syphilitique. Tuberculose débutant à 38 ans. Le traitement fait disparaître les accidents secondaires, mais la tuberculose évolue, et le malade meurt à l'âge de 40 ans.

Parmi les 18 observations de syphilis pulmonaire de la thèse de Lacaze, Paris 1870; il en est au moins une qu'on peut tout aussi bien et même plutôt rattacher à la tuberculose consécutive à la syphilis, qu'à la syphilis pulmonaire.

Observation tirée des *Arch. gén. de méd.*, t. IX, 1867. Carl Bonney, manœuvre, célibataire, âgé de 36 ans, entre à l'hôpital, le 14 mai 1858, pour se faire traiter d'une syphilis constitutionnelle profondément invétérée. Deux ans auparavant, il avait eu un chancre qui n'avait pas tardé à être suivi des accidents ordinaires de la syphilis. Il avait subi plusieurs traitements anti-syphilitiques depuis le mois d'octobre 1857 jusqu'au mois de février 1858. A son entrée à l'hôpital, il avait considérablement maigri, et son état général était peu satisfaisant. Il portait aux deux jambes des ulcérations de nature syphilitique. La face dorsale des mains était recouverte de nombreuses taches de roséole; on voyait des plaques muqueuses dans toute l'étendue de la bouche.

Une médication externe vint facilement à bout des ulcérations et de la roséole. L'état général du malade devint de plus en plus mauvais, et il mourut le 5 mai 1860, d'une pleuro pneumonie du côté droit.

Autopsie : On trouva dans l'intestin grêle 54 ulcérations, dont la longueur

variait de 1 à 5 centimètres ; quelques unes étaient rondes. Le fond de l'ulcération atteignait presque partout la tunique musculieuse ; sur quelques unes on observait des cicatrices fibreuses. On trouvait de petites nodosités fibreuses sur les portions du péritoine qui recouvraient les ulcérations. A ces endroits, les tuniques musculieuse et séreuse étaient visiblement hypertrophiées. Les lésions s'arrêtaient à la valvule ileo-cœcale. Les bords du foie étaient atrophiés, son parenchyme était pâle. La cavité pleurale du côté droit contenait de la sérosité, et présentait de nombreuses fausses membranes. Le lobe inférieur était carnifié. Les deux lobes supérieurs présentaient de l'œdème et des foyers de pneumonie. Dans ces lobes, on trouva disséminés sans ordre, des noyaux de la grosseur d'une noisette à contenu gélatineux. »

Lacaze ajoute que « les antécédents syphilitiques et l'aspect gélatineux des productions trouvées dans les poumons, ne laissent pas de doute sur la nature de ces dernières ; » les deux raisons données sont insuffisantes.

De plus, on ne peut admettre qu'on puisse rencontrer des gommes ramolies du poumon, alors que l'affection se traduit encore par des accidents secondaires, tels que : roséole, plaques muqueuses. La pleurésie aussi concorde plutôt avec des lésions tuberculeuses. Enfin, le siège, la marche rapide viennent confirmer le diagnostic auquel manquent, à la vérité, certains symptômes essentiels, tels que la fièvre, la diarrhée, dont il n'est pas parlé dans l'observation, et qui, fort probablement, ne faisaient pas défaut.

Observation XII.

Tuberculose développée quelques mois après le début de la syphilis. 2 sommets atteints. Tuberculose intestinale. Marche rapide de l'affection pulmonaire. Mort un an après le début (Hirschfeld Deutsches, Archives für Klinische medic. 1874).

P. J..., 29 ans. Entrée le 28 mars 1874. Pas de maladie antérieure. En août 1873, elle avait souffert d'un abcès syphilitique, d'exanthème spécifique. Jamais dans sa famille, il n'y avait eu de maladie de poitrine. En octobre 1873, toux, point de côté, dyspnée. Hémoptysie. Elle entre à l'hôpital, vers la fin du mois d'octobre. Anémique. Quelques craquements au sommet gauche. Pas de fièvre. Sortie de l'hôpital, elle perdit peu à peu l'appétit. La toux et l'expectoration augmentèrent. Elle revint le 28 mars 1874.

Etat actuel : Etat général assez satisfaisant. Muqueuses anémiées. Pityriasis versicolor sur la poitrine et sur le dos. Thorax bien conformé. Au sommet gauche, matité très nette et à l'auscultation râles, expiration bronchique. En arrière matité au sommet gauche. Râles. Resonance de la voix. Restant des poumons normal. Bruits du cœur normaux. Viscères sains. Fièvre. Inap-

pétence. Selles régulières. Toux fréquente. Peu de sommeil. Urine normale. Pas de fibres élastiques dans les crachats.

1 ^{er} avril,	température	matin	37°1,	Pouls	96 ;	Soir	37°6;
2	—	—	37°4,	—	100 ;	—	38°5;
3	—	—	37°	—	96 ;	—	38°8;

Diarrhée sans douleur abdominale. Inappétence.

4	avril,	température	matin	37°	, Pouls,	92 ;	Soir	38°7,	Pouls,	96.
5	—	—	—	37°6,	—	;	—	38°8,	—	
6	—	—	—	37°	, —	84 ;	—	38°	, —	92.

L'affection pulmonaire suit une marche progressive et, le 24 mai, la température est de 40°. La tuberculose est très-nette. Diarrhée.

Le 25 mai, on constatait une caverne volumineuse aux deux sommets. Cachexie.

Pas de nécropsie. On n'avait pas institué de traitement antisypilitique.

Observations XIII et XIV.

1^{er} cas : *Malade morte à l'âge de 21 ans, pendant les accidents secondaires. A l'autopsie : Tuberculose intestinale et péritonéale. Néphrite interstitielle.* — 2^e cas : *Gomme du foie. Tubercules miliaires du péritoine.* (*Deutsche Zeitung, f. prakt. méd.* 1875. *Aufrecht*).

Dans le premier cas, Marie C..., âgée de 21 ans, syphilitique, sans antécédents tuberculeux, atteinte de condylomes et de roséole, mourut avec les lésions suivantes : néphrite interstitielle, hépatite interstitielle et tuberculose très étendue du péritoine viscéral et pariétal. Il n'y avait pas de tubercules pulmonaires ; cependant les poumons présentaient un œdème considérable avec adhérences, mais sans autres altérations anatomiques, si ce n'est que dans la partie antéro-inférieure du lobe supérieur gauche, le tissu pulmonaire était un peu plus dur qu'à l'état normal.

Dans le deuxième cas, Dorothée L..., âgée de 27 ans, présente des ulcérations syphilitiques de l'arrière gorge et des cordes vocales. Périostite gommeuse du frontal et de plusieurs extrémités osseuses. A l'autopsie, on constata des gommès du foie et de nombreux tubercules miliaires sur le revêtement péritonéal du foie. Rien dans les poumons.

Chez la première malade, tout le péritoine était criblé de nodosités blanchâtres, variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain de millet. Les intestins en étaient couverts sur toute leur longueur ; mais là ces nodosités étaient plus petites et plus espacées. Sur la capsule splénique, elles étaient presque transparentes. Au microscope, on les voyait composées de

petites cellules rondes, groupées çà et là autour de cellules plus grosses et plus foncées.

Chez la seconde malade, les nodosités petites, très-serrées, les unes blanches, les autres grises, occupaient la surface et l'épaisseur du revêtement séreux de toute la moitié inférieure des faces antérieure et postérieure des lobes hépatiques droit et gauche. Au microscope, elles présentaient toutes les formes du tubercule, forme cellulaire, réticulée et surtout fibreuse. Les tubercules cellulaires étaient les plus petits et ne faisaient pas saillie à la surface du péritoine.

Observation XV.

Début de la tuberculose, 3 ans après le chancre syphilitique. Amélioration sous l'influence du traitement spécifique. Le malade cesse de se traiter et meurt 8 ans après le chancre. (The Dublin journal of med. science, 1876 (Mac SWINEY).

P. B. . . , 36 ans, robuste, bien portant pendant son enfance. Sans antécédents héréditaires suspects, a été soldat pendant 10 ans.

Marié à l'âge de 18 ans, il eut 3 enfants bien portants, dont deux vivent et sont robustes, le 3^{me} est mort de rougeole. Quatre années après son mariage il contracta un chancre et contagiona son épouse. Il eut encore sept autres enfants dont aucun ne vécut longtemps ; deux étaient mort-nés et décomposés, les cinq autres moururent peu de temps après leur naissance, de cachexie syphilitique bien nette. Le chancre ne tarda pas à être suivi d'accidents secondaires (ulcérations de l'arrière gorge, roséole sur le tronc). Il souffrit de douleurs osseuses. D'une santé parfaite, il était devenu faible, pâle, délicat. Cependant l'état général restait satisfaisant et la syphilis semblait endormie. Cela dura deux ans, puis apparurent des manifestations tertiaires : otite douloureuse, écoulement purulent de l'oreille externe et finalement on reconnut les osselets dans le pus. Ozène syphilitique, syphilides érosives du nez, perforation de la cloison. Perte de l'odorat. Cet état persista 6 mois, puis il eut un point de côté et une toux pénible. Pas d'hémoptysie. Amaigrissement rapide. Sueurs nocturnes.

Etat actuel : chétif, pouls faible, incapable de se tenir debout. Dyspnée intense. Inspiration courte. Face pâle et oedemaciée, ascite, anasarque généralisé. Expectoration semi purulente, épaisse. Chevelure rare par places. Déformation syphilitique du nez. Thorax amaigri. En avant, submatité surtout du côté gauche. Auscultation : rhonchus disséminés et au côté gauche, à la partie correspondante à la matité, il y avait des signes de ramollissement et aussi des symptômes cavitaires.

Cœur normal. Matité hépatique exagérée. A la palpation, on perçoit, malgré l'ascite, le foie dur, irrégulier, nodulé.

Urine colorée, albumineuse.

Traitement antisypilitique suivi d'amélioration pendant les trois semaines que le malade resta à l'hôpital. Il mourut 6 semaines après son départ.

Marc Swiney ajoute : « Je puis affirmer que les symptômes constatés étaient bien ceux d'une phthisie pulmonaire.

Observation XVI.

Syphilis à la fin de la période secondaire, caverne de la partie moyenne des deux poumons (Americ. Journ. July, 1877, Robert ALISON).

14 Mars 1876, couturière, 23 ans, avait un enfant âgé de six mois, qui mourut de syphilis congénitale et présenta plusieurs gommes du poumon. La mère présentait des syphilides squameuses de la peau, un engorgement ganglionnaire généralisé, des exostoses. De plus, toux opiniâtre et à l'examen, on constate une induration de la partie moyenne des deux poumons. Une légère amélioration résulta d'un traitement approprié. Puis la malade, suivant peu les conseils du médecin, commença à maigrir. L'induration pulmonaire gagna en étendue et bientôt on put constater des symptômes cavitaires. La malade mourut le 25 août 1876.

Autopsie : Vastes cavernes à la partie moyenne des deux poumons, celle de gauche un peu plus grande. Plèvre épaissie, non adhérente. A la section du tissu pulmonaire on avait l'aspect de l'infiltration tuberculeuse. Au microscope on ne constata pas de tubercules. •

Nous verrons plus loin que le diagnostic différentiel entre la gomme et le tubercule ne peut guère être fait par le microscope. Si les lésions n'occupaient pas les sommets, les deux poumons étaient atteints. Enfin la production rapide des lésions vient encore plaider en faveur de la tuberculose.

Observation XVII.

Accidents secondaires. Le traitement antisypilitique reste sans action, et le malade meurt ; les deux sommets sont malades. (Americ. Journ. July 1877 (Robert ALISON).

Malade âgé de trente ans. Douleurs ostéocopes. Induration des deux sommets. Le traitement antisypilitique est institué. La maladie va en augmentant et le malade meurt au bout de trois mois.

Autopsie : Vaste caverne au sommet gauche. Petite caverne au sommet droit. Pas d'adhérences pleurales.

Observation XVIII.

(Giornale della accademia di medicina di Torino, 1877 (COLOMIATTI)).

J'ai raconté l'année dernière l'histoire d'une dame ayant une plaque ancienne à la vulve, de nature syphilitique, qui fut atteinte d'une tuberculose qui se généralisa et l'emporta.

Observation XIX.

Chancre syphilitique en 1870. Le malade meurt en 1875. Sommets malades. Tuberculose intestinale (Arch. der Heilk, 1878, Randrohr).

Il s'agit d'un jeune homme de 28 ans, atteint d'un chancre infectant en 1870, de roséole syphilitique en 1871, de carie des os du crâne en 1872 et dont l'autopsie fut pratiquée en 1875. On constate des cicatrices sur le voile du palais, les amygdales. Dans la partie supérieure du poumon, il existe des cavernes anciennes et étendues ; dans les lobes inférieurs se rencontrent des noyaux indurés. L'intestin grêle offre des lésions tuberculeuses sur ses faces séreuse et muqueuse. La description microscopique des poumons, en en faisant une coupe verticale, correspond très bien à ce qui se voit lorsque ces organes sont atteints de haut en bas par la tuberculose à ses diverses périodes.

Observation XX.

Ancienne rhumatisante. Accidents secondaires. 2 sommets malades. Amélioration sous l'influence du traitement (The lancet, 1878, THOMPSON).

Elisa M..., âgée de 24 ans, domestique. Pas d'antécédents héréditaires suspects. A eu des rhumatismes articulaires il y a 8 ans.

Etat actuel : Mai 1877. — Dyspnée. Amaigrissement. Légère hémoptysie. Céphalée depuis 10 mois. Aphonie depuis 6 semaines. Légère érosion à la commissure labiale. Cachexie syphilitique. Ulcérations syphilitiques de l'arrière gorge. Oedème de la glotte. Submatité au-dessous des deux clavicules et respiration très rude. La malade prit journellement deux grammes d'iodure de fer. A la fin du mois de juin, elle allait bien mieux. La voix était devenue plus claire, la dyspnée moins prononcée, la respiration moins rude. Au sommet gauche l'amélioration était très marquée. Le murmure vésiculaire y avait reparu.

Observation XXI.

Accidents secondaires. 2 sommets malades (THOMPSON).

Clara S..., âgée de 36 ans. Mariée, 4 fois accouchée, un seul avortement. Ulcérations de l'arrière gorge depuis deux ans. Douleurs ostéocopes. Actuellement (Juin 1877) voix enrouée. Toux fréquente, expectoration sanguinolente. Matité sous les deux clavicules, et respiration très rude.

Observation XXII.

Accidents secondaires. 2 sommets malades (THOMPSON).

Hélène H..., âgée de 29 ans. Mariée, 2 fois accouchée, pas de prédisposition héréditaire. Tousse depuis un an. Expectore abondamment, a eu trois avortements. Ulcérations de l'arrière gorge.

Cicatrices sur l'amygdale gauche. Douleurs frontales. Matité sous les deux clavicules et respiration rude, presque soufflée.

Observation XXIII.

Syphilis contractée à l'âge de 30 ans. A l'âge de 40 ans, les 2 sommets sont malades. Le traitement reste sans influence (Thèse de G. TESSIER, Paris, 1881, sur la syphilis et la tuberculose dans le larynx).

19 janvier 1880. Gr... Marie 40 ans; mère morte à 35 ans de phthisie pulmonaire. La malade jusqu'à 10 ans présente les accidents de la scrofule. A 30 ans elle a contracté la syphilis: Accidents secondaires: roséole, plaques muqueuses, croûtes dans les cheveux et finalement mal de gorge.

Etat actuel: Amaigrissement datant de six mois. Forces diminuées. Sueurs nocturnes, quelques hémoptysies. Toux sèche. Expectoration peu abondante. Aphonie. Submatité en arrière au sommet droit. Dans la même région, craquements; quelques râles dans la fosse sus-épineuse. A gauche, respiration soufflée en arrière. L'affection pulmonaire et l'état général se modifièrent très peu jusqu'en décembre, c'est-à-dire jusqu'au moment où la malade fut suivie.

Observation XXIV.

La tuberculose a débuté 4 ans après le chancre syphilitique. 2 sommets malades (TESSIER).

Piel... Constant, âgé de 31 ans. A eu la syphilis il y a 10 ans: chancre, roséole, plaques muqueuses. Mère morte tuberculeuse. Toux depuis 6 ans. Hémoptysies. Appétit conservé. Voix voilée.

Matité au sommet gauche en arrière.

Craquements aux deux sommets, très gros à droite, plus nombreux et plus fins à gauche.

La malade a été perdue de vue.

Observation XXV.

Malade affecté depuis 8 ans des deux diathèses syphilitique et tuberculeuse. Sommet gauche en voie de ramollissement (TESSIER).

Fl... Célestin, âgé de 23 ans. Tousse depuis 10 ans. Hémoptysie il y a 8 ans. Depuis lors il s'enrhume facilement. Il a contracté la syphilis à pareille époque.

Poumons : Matité, souffle et craquements humides au sommet gauche, un peu de submatité en arrière.

Observation XXVI.

Tuberculose développée 8 ans après le début de la syphilis. Cavernes aux 2 sommets (TESSIER).

Louis Dol... 28 ans. A 19 ans il a eu la syphilis. Accidents secondaires. Depuis un an il ne cesse de tousser. Forces disparues. Aphonie.

Les deux poumons présentent aux deux sommets, à la percussion, de la matité bien accusée et de la douleur. A l'auscultation souffle caverneux et gargouillements caractéristiques de la troisième période de la phthisie.

Observation XXVII.

Syphilis contractée en 1876. En 1877, la tuberculose débute. Le sommet droit est induré (TESSIER).

27 août 1877. — Antony L..., 42 ans, a eu la syphilis en 1876. A pris, pendant trois mois, du sirop de Gibert, et de l'iodure de potassium pendant un temps égal.

Janvier 1877. — La malade se refroidit, eut une bronchite. Depuis, s'est affaiblie rapidement. Amaigrissement, sueurs nocturnes.

Les poumons présentent du souffle et des craquements au sommet droit en arrière.

Observation XXVIII.

Chancre syphilitique contracté à l'âge de 30 ans. 4 ans après induration du sommet droit (Thèse de M. MOURE, cité par TESSIER).

Antoine Del..., 34 ans. Antécédents héréditaires nuls. A eu la fièvre intermittente en Afrique. Chancre il y a quatre ans, suivi de plaques muqueuses sur le voile du palais, les amygdales et la langue.

Etat actuel: Amaigri. Tousse beaucoup, expectoration peu abondante, sans caractère. Craquements secs sous la clavicule droite, où l'expiration est rude.

Observation XXIX.

Syphilis contractée en 1870. En 1878, induration du sommet droit (TESSIER).

Fic..., Alphonse, 30 ans. A l'âge de seize ans, le malade a eu une pneumonie. En 1870, a contracté la syphilis. Entre à l'hôpital, le 23 février 1878. Depuis le mois de décembre il tousse beaucoup. Crachats épais, abondants; sueurs nocturnes.

Poumons: On trouve au sommet droit, surtout en arrière; à la percussion de la submatité, à l'auscultation, une expiration prolongée.

Observation XXX.

Tuberculose développée 4 ans après le début de la syphilis. 2 sommets malades (TESSIER).

27 janvier 1879. — Mme F..., Marie, 28 ans. Mère morte syphilitique. Il y a six ans, a contracté la syphilis. Accidents secondaires deux mois après l'apparition du chancre. Depuis, elle a eu une gomme. Il y a deux ans, elle contracta, pendant l'hiver, une bronchite qui, depuis cette époque, ne l'a point quittée. Transpirations abondantes. Toux fréquente. Hémoptysies en décembre, expectoration épaisse et abondante.

Poumons: Sommet droit, en avant à la percussion, submatité; matité en arrière. A l'auscultation, râles humides. On ne trouve au sommet gauche qu'un peu d'expiration prolongée. Malade non revenue au service.

Observation XXXI.

Syphilis datant de 4 mois. Induration des 2 sommets (L. MOURE, cité par TESSIER).

Marie B..., 27 ans. Entre à l'hôpital le 22 février 1879. La malade est atteinte d'une syphilis dont le début remonte à 4 mois. Elle est en pleine éruption secondaire: Plaques muqueuses, vulvaires et buccales.

Tempérament lymphatique.

Poumons: Expiration prolongée et craquements secs sous la clavicule droite. Respiration rude à gauche.

Observation XXXII.

Chancre contracté en 1848. Début de la tuberculose en 1852. Le malade meurt en 1854. 2 sommets malades (Ueber Lungen-syphilis. par le docteur PANCITIUS, 1881, observ. II, p. 85).

X..., commerçant, 28 ans. Parents, frères et sœurs sains. Chancre syphilitique en 1848, qui guérit rapidement sous l'influence du traitement mercuriel.

État actuel, novembre 1882. : Dyspnée. Toux avec expectoration peu abondante. Pas de fièvre. Inappétence. Le poumon droit se soulève moins que le gauche. Dans le deuxième espace intercostal droit matité très nette et respiration faible. Râles sous crépitants aux sommets, en avant et en arrière.

Matité dans la région inter-scapulaire. Bases sonores. Râles sous crépitants dans les régions mates. Foie et rate hypertrophiés. Traitement : séjour à la campagne, huile de foie de morue, quinine, etc...

1853. — L'infiltration du poumon droit est augmentée.

Matité prononcée dans les 2^e et 3^e espaces intercostaux et dans la région inter scapulaire. Râles sous crépitants aux deux sommets, mais la sonorité y est normale ainsi qu'aux bases.

Décembre 1853. — Enrouement. Toux sèche.

Mars 1854. — Moitié droite de la cage thoracique très aplatie. Respiration nettement caverneuse dans la région inter scapulaire.

Avril 1854. — Œdème des membres inférieurs. Albuminurie. Dyspnée intense. Enrouement plus prononcé.

Douleurs abdominales. Abscès de l'arrière gorge, abscess qui a l'aspect syphilitique. Le malade mourut à la fin du mois d'avril.

Pancritius se demande si c'était de la tuberculose ou de la syphilis pulmonaire. Or, l'affection pulmonaire a débuté dans ce cas, 4 ans après le chancre primitif, la marche n'a pas été ralentie par le traitement et elle a été relativement rapide. En 1852 il n'y avait pas de température, mais plus tard on ne la chercha plus.

Observation XXXIII.

Tuberculose débutant quelques mois après le chancre primitif. L'affection pulmonaire fut heureusement influencée par le traitement antisiphilitique qu'on supprima. Le malade mourut la même année (PANCITIUS, p. 85).

X..., officier, âgé de 20 ans. Parents âgés et bien portants, frères robustes. Pas d'affection tuberculeuse dans la famille.

Etat actuel. 1^{er} février 1853. — Aspect chétif. Dyspnée. Points de côté.

Toux. Légère expectoration. Enrouement. Pas d'accidents fébriles. La moitié droite du thorax se soulève peu. A droite, au niveau du mamelon, matité et râles. Dans la région inter scapulaire matité, murmure vésiculaire affaibli e quelques rares râles. Sommets sonores. Cependant en arrière quelques râles. Foie et rate légèrement hypertrophiés.

Sur les amygdales et sur la paroi postérieure de l'arrière gorge sont des abcès syphilitiques et sur le corps entier est un exanthème syphilitique. Le malade avoue avoir eu, *quelques mois* auparavant *un* chancre mou (1) qui dura quelques semaines. On posa le diagnostic de tuberculose compliquée de syphilis et l'on institua le traitement approprié. Après trois mois de traitement très efficace, on le suspendit afin de ne pas produire une action défavorable sur la tuberculose. Les symptômes pulmonaires s'amendèrent en même temps que les accidents spécifiques.

La toux et la dyspnée diminuèrent.

En août, le malade était très anémique : quinine, fer.

Fin août, hémoptysie abondante : Digitale.

A l'examen : Matité à droite, entre les 2^e et 4^e côtes, Râles. En arrière à la bifurcation des bronches, matité prononcée. Aux sommets, sonorité normale mais râles sous crépitants.

Foie et rate hypertrophiés. Apyrexie.

A ce moment, plusieurs autorités médicales posèrent le diagnostic de phthisie tuberculeuse, moins avancée au sommet droit. Traitement : huile de foie de morue, digitale, quinine.

Début, octobre. — Albumnurie.

M., Octobre. — Œdème, membres inférieurs. Anasarque généralisée.

30 Novembre 1853. — Mort.

Observation XXXIV.

Syphilis datant de quelques mois. Infiltration tuberculeuse du poumon droit. Le malade meurt la même année (PANCITUS, p. 94).

X..., officier, 25 ans. Père mort tuberculeux. Bien portant jusqu'à il y a quelques mois, à part quelques bronchites. Puis il fut atteint d'une bronchite avec dyspnée. Son médecin diagnostiqua une bronchite *fébrile*.

(Avril 1865). — *Etat actuel* : Bien constitué, fièvre vive, dyspnée. Langue blanche. Urines rares. Selles normales. Toux fréquente. Expectoration purulente.

(1) Pancritius ne semble pas considérer l'induration comme un caractère essentiel du chancre syphilitique.

Poumon droit : Matité au sommet, râles nombreux, surtout dans la fosse sus-épineuse. Expiration exagérée. Région interscapulaire matte. Murmure vésiculaire affaibli, expiration nulle. Sibilances à la base. En avant râles à partir de la troisième côte. Sonorité normale. Foie très hypertrophié. Le corps entier, surtout le dos, est couvert d'un exanthème de couleur cuivrée, squameux par places. Ulcérations des amygdales. Le malade avoue avoir souffert il y a quelques mois d'un ulcère syphilitique.

Diagnostic : Tuberculose aiguë du poumon droit et pneumonie interstitielle du même poumon, compliquée de syphilis secondaire. Le médecin militaire qui avait traité le malade avait institué un traitement dans ce sens.

Plus tard, survint une pleurésie droite. Au commencement de juin, l'expectoration devenait abondante, purulente ; l'exanthème syphilitique et les lésions de l'arrière gorge, s'amendèrent vers la fin de la maladie. Le malade mourut fin juin.

Observation XXXV.

Chancre contracté en 1852. La tuberculose évolue dès 1854. En 1855, on institue le traitement spécifique, mais il est trop tard, le malade meurt en 1856. Les deux lobes supérieurs du poumon droit sont malades (PANCITUS, p. 90).

X..., relieur, 26 ans. Ses parents étaient bien portants et sont morts âgés. Lui-même est bien constitué. En 1852, roséole syphilitique consécutive à un chancre mou.

Etat actuel 1854 : Dyspnée, points de côté, hémoptysies répétées : Traitement : Digitale, acétate de plomb, opiacés. Diagnostic : Tuberculose du poumon droit, consécutive à la syphilis. Le sommet était pris, mais à un degré moindre que le lobe moyen. On traita la tuberculose : huile de foie de morue etc.

1855, le processus destructif du poumon droit suit sa marche. La moitié droite de la cage thoracique est aplatie dans sa partie moyenne. Matité en avant et en arrière. Râles. Toux et expectoration abondante. Foie et rate hypertrophiés. En même temps il se forma une exostose du frontal droit, des ulcères syphilitiques du cou. Le traitement approprié resta sans action.

En 1856, il se forma de l'anasarque avec albuminurie et le malade mourut.

Observation XXXVI.

Chancre contracté en 1864. Tousse dès 1866. En 1868, on diagnostique une infiltration tuberculeuse du lobe moyen droit. En 1870, les deux poumons sont pris. Le malade meurt en 1871 (PANCITUS).

Agé de 31 ans. Parents sains, morts âgés. A toujours été bien portant. En

1864, il souffrit d'un chancre mou pendant 15 jours. Pas d'accidents secondaires.

Etat actuel 1866 : Thorax bien conformé. Toux légère ; points de côté. Muqueuse de l'arrière gorge rouge, œdématisée. Poumons sains.

Mai 1868. — Catarrhe de l'arrière gorge ; toux. Essoufflé lorsqu'il monte un escalier. Fièvre vive. Pouls 120. Langue blanche. Urine rouge. Selles normales. Décubitus latéral droit douloureux et provoque des quintes de toux sans expectoration. La moitié droite de la cage thoracique se soulève moins. En avant, à droite, matité dans le deuxième espace intercostal et murmure vésiculaire affaibli. Dans la région inter-scapulaire matité nette s'étendant vers les bases. Sommets et bases : sonorité normale. En arrière dans la zone de matité, la respiration est diminuée, l'expiration nulle. Pas de râle. On diagnostiqua une infiltration diffuse du lobe moyen, avec fièvre.

15 mai. — Fièvre moindre. L'urine laisse déposer. Sueurs abondantes.

25 mai — Ganglions cervicaux tuméfiés, douloureux. La nuque et le dos sont couverts d'un exanthème, rouge brun, squameux, d'aspect nettement syphilitique. Le malade suit un traitement ioduré.

1^{er} juin 1868. — Va mieux. Dyspnée moindre. Le thorax se soulève mieux, la matité n'existe plus qu'à la partie moyenne de la base droite et peu de temps après le malade se considérait comme guéri.

13 février 1870. — Le malade tousse, a des frissons, de la fièvre, le décubitus latéral droit est douloureux et provoque la toux. Le côté droit se soulève moins que le gauche.

24 février 1870. — Symptômes fébriles disparus. Encore toux douloureuse avec expectoration catarrhale. Absence de râles à gauche.

28 juin 1870. — Ulcérations du sacrum qui guérirent en 15 jours par l'onguent mercuriel et l'iodure de potassium.

16 septembre 1870. — Fièvre. Matité de la partie antérieure du poumon droit et de la partie inférieure en arrière. Râles vers la partie moyenne en arrière. Poumon gauche sain.

On diagnostiqua : pleurésie droite et caverne de la région scapulaire. La pleurésie guérit ; le malade se rétablit. Il avoue avoir eu des accidents syphilitiques.

22 septembre 1870. — Amaigrissement considérable, aspect anémique. Toux quinteuse avec expectoration abondante. Dyspnée. Appétit normal. Selles régulières. Entre la première et la troisième côte de la moitié droite du thorax, il y a une dépression des parois qui se soulèvent peu dans l'inspiration. Sous la clavicule submatité et murmure vésiculaire diminué. De la deuxième à la cinquième côte matité plus nette et râles. Submatité dans la fosse sus-

épineuse, matité dans la fosse sous-épineuse. Bases sonores. A la base de l'omoplate, il y a de la submatité, une respiration diminuée et des râles fins.

Rate et foie hypertrophiés et douloureux à la pression. Exostoses douloureuses du tibia gauche.

15 octobre. — Même état. *Fièvre très vive vers le soir*. Sueurs nocturnes abondantes. Traitement : Quinine.

5 novembre 1870. — Dans toute l'étendue du poumon droit, râles nombreux A la base de l'omoplate, respiration caverneuse. Râles nombreux dans le poumon gauche. Expectoration purulente. Sueurs matinales. Appétit très bon. Selles normales. Urine normale.

26 décembre. — Depuis quelques jours, exanthème, squameux sur la face dorsale des mains et sur l'abdomen, de nature nettement syphilitique.

Exostoses persistent. La moitié droite de la cage thoracique se soulève à peine lors des inspirations profondes.

Poumon gauche : Râles partout excepté au sommet. Poumon droit submatité du sommet en avant et en arrière avec respiration rude. Matité et respiration caverneuse des deuxième et troisième espaces intercostaux et gros râles humides. Matité vers la base de l'omoplate droite, absence de la respiration et craquements.

Avril 1871. — . Depuis quelques jours, état général mauvais. Appétit diminué, langue chargée. Constipation. Urine rare Les sueurs matinales ont disparu mais la fièvre persiste. Pouls 100 le matin et 120 le soir. Expectoration abondante. L'exostose tibiale gauche a disparu, mais à présent exostose du tibia droit, du frontal droit et de la partie moyenne du sternum.

Mai 1871. — Fièvre moindre, sueurs matinales abondantes.

Juin 1871. — Respiration caverneuse à droite en avant et en arrière. Les exostoses ont disparu à peu près ainsi que l'exanthème. Crachats sanguinolents. Fièvre. Pouls 110.

10 juin 1871. — Fièvre. Points de côtés à gauche.

14 juin 1871. — Même état. Perte appétit. Langue chargée, expectoration plus rare, sauguinolente. Attaque épileptiforme.

16 juin 1871. — Mort brusque.

Autopsie : Le crâne n'a pas été ouvert. Du poumon droit il ne reste plus que de rares parties, qui sont saines et adhèrent à la plèvre. Au sommet il y a un morceau de poumon de la grosseur du poing, de structure assez régulière cependant assez compacte et de coloration grise. Sur les parties latérales et postérieure de la cavité thoracique se trouvent des restants de poumon de structure fibreuse, parsemés de foyer caséux de coloration grise. Ces restants de poumon forment les parties latérales d'une caverne de la grosseur de deux

poings, dont la paroi interne est limitée par le médiastin et la paroi inférieure par le diaphragme. Cette caverne renferme du pus.

Le poumon gauche est hyperhémie. Exudat fibrineux sur la plèvre. En faisant une coupe verticale du poumon on rencontre du sommet à la base tantôt des noyaux indurés, tantôt de petits noyaux caséeux. Le lobe inférieur est sain. Sur le bord externe et vers la partie moyenne du poumon gauche se trouve un foyer induré du volume d'un œuf d'oie, de structure ferme. Foie hypertrophié, gras. Rate hypertrophiée. Reins gras, atrophiés.

Observation XXXVII.

Chancre contracté en 1863. Tousse depuis 1865. Sommet droit et lobe moyen droit indurés. Traitement par l'iodure. En 1875, le poumon gauche se tuberculise également, et le malade meurt (PANCITUS p. 197).

X..., 32 ans. Parents et sœurs bien portants. Scrofuleux pendant son enfance. En 1865, dyspnée, toux, hémoptysies. Il passa dix ans dans différentes stations de bains, sans amélioration. Les forces diminuaient. Les hémoptysies persistaient et ne purent être arrêtées que par l'ergotine.

Etat actuel. 25 juin 1875 : — Cachectique. Toux. Expectoration sanguinolente. Dyspnée, inappétence, insomnie. Apyrexie. Pouls 80. Selles normales. Pas d'albuminurie. La cage thoracique se développe moins du côté droit. En avant et à droite, sous la clavicule, son tympanique, maximum dans les deuxième et troisième espaces intercostaux. Râles. Fosse sous-épineuse matte, la matité va diminuant sur les côtés. Murmure vésiculaire diminué. Râles disséminés. A la base de l'omoplate, respiration caverneuse. Hypertrophie notable du foie et de la rate. Dernières phalanges en massue.

Le malade niait tout antécédent syphilitique.

15 juillet 1875. — A l'examen des fosses nasales, on aperçut une perforation de la cloison et une carie des cartilages du nez. Le malade avoue avoir eu en 1863, une ulcération qui guérit par de simples topiques. Deux mois après, survinrent les accidents secondaires (roséole), et disparurent par un traitement convenable.

12 août 1875. — Toux, dyspnée, symptômes physiques amendés. Foie et rate diminués de volume. Iodure de potassium, inhalations d'eaux sulfureuses.

15 septembre 1875. — Toux. Légère hémoptysie. Pas de fièvre. En avant, à droite, dans les deuxième et troisième espaces intercostaux, son tympanique : Râles. Submatité dans la région interscapulaire et quelques râles.

23 septembre 1875. — Fièvre. Toux fréquente. Hémoptysies répétées, abondantes. Quinine, digitale.

14 octobre 1875. — Fièvre intense. Pouls, 130. Dyspnée. A droite, en avant submatité dans les deuxième et troisième espaces intercostaux, râles nombreux qui s'entendent également au sommet. En arrière à droite, matité vers la partie moyenne. Râles qu'on entend aussi au sommet. Urine abondante. Inappétence. Langue chargée.

15 octobre 1875. — Elévation de la température. Dyspnée. Expectoration abondante, sanguinolente. Perchlorure de fer. — Morphine.

20 octobre 1875. — Toux fréquente. Les signes physiques ont gagné en étendue du côté droit et pour la première fois, matité du sommet et de la partie moyenne du poumon gauche. Râles disséminés partout. Urine albumineuse. Quinine, liqueur ammoniacale anisée.

23 octobre 1875. — Arrière gorge enflammée et ulcérations superficielles. Ces ulcérations s'étendent en 24 heures sur les amygdales et sur la plus grande partie de la surface de l'arrière gorge. Ces ulcérations sont de nature syphilitique.

25 octobre 1875. — La dyspnée va augmentant. Mort. Pas d'autopsie.

Observation XXXVIII.

Chancre syphilitique contracté en 1872. La tuberculose débute en 1873. Le sommet gauche surtout est pris. Sous l'influence du traitement ioduré, le malade se rétablit pendant quelques mois. — Mort 1874 (PANCRITIUS).

X..., officier, 23 ans, Parents vivants et bien portants. Pas d'affection pulmonaire dans la famille. A toujours été bien portant jusqu'en novembre 1872. Il souffrit alors d'un chancre mou. En 1873 il fut enrôlé, toussa et fut envoyé comme tuberculeux à Madère d'où il revint cachectique en 1874, A Madère il avait eu plusieurs hémoptysies.

Etat actuel 28 Juin 1874. — Scrofuleux, blond, amaigri, affaibli au point qu'il peut à peine marcher. Dyspnée, toux sèche, douloureuse, voix enrôlée. Pouls 85. Sueurs matinales. La moitié gauche du thorax est aplatie surtout dans les 2^e et 3^e espaces intercostaux. Ce côté se soulève peu, durant l'inspiration. Dans les 2^e et 3^e espaces, en avant ; matité et râles nombreux. Quelques râles au sommet. Dans la région interscapulaire matité prononcée se perdant vers les sommets et vers les bases. Dans cette zone de matité on perçoit des râles. Respiration presque normale au sommet et à la base à part quelques râles fins. Arrière gorge et amygdales tuméfiées. Dans la fosse nasale gauche se trouve un abcès volumineux, à bords saillants. Foie et rate hypertrophiés. Traitement : iodure. Le malade alla mieux et le 14 août 1874, tous les symptômes se sont amendés. La région matte du poumon gauche

l'est moins. Les râles sont remplacés par un murmure vésiculaire plus régulier. L'abcès de la fosse nasale va mieux. Après un excès de table il eut un exanthème et en même temps, brusquement, il fut pris d'une toux douloureuse et d'une hémoptysie abondante.

16 Août 1874. — Frisson. Pneumonie occupant le côté gauche du sommet à la base. Pouls 130 ; fièvre vive ; Dyspnée. Expectoration sanguinolente. Crachats d'une odeur fétide.

20 Août 1874. — Mort. Pas d'autopsie.

Observation XXXIX.

Chancre syphilitique contracté en 1860. Hémoptysie et toux en 1865. En 1866, induration du sommet droit. Hypertrophie du foie. Aucun traitement spécifique n'est institué. En 1880, accidents fébriles ; le sommet gauche se tuberculise. Le traitement spécifique fait disparaître les accidents syphilitiques, mais le malade meurt la même année (PANCITTIUS).

X... 36 ans. Pas d'affection pulmonaire dans la famille. A toujours été bien portant. En 1860, chancre induré. Plus tard survinrent de légers accidents secondaires (syphilides) guéris par l'iodure. En 1865, dyspnée par moments. Hémoptysies en 1866.

Octobre 1866. — Amaigri. Apyrexie. Appétit conservé. Le côté droit du thorax se soulève moins que le gauche pendant l'inspiration. Sommet droit submat jusqu'à la troisième côte et quelques râles. Submatité et quelques râles fins dans la fosse sus-épineuse. Matité de la région interscapulaire et légers râles. Hypertrophié notable du foie. On ne pensa pas à la syphilis, aussi on ne traita que l'affection pulmonaire. Au bout de 8 semaines, il ne restait plus qu'un peu de submatité dans la région interscapulaire. L'hypertrophie du foie avait également disparu. Etat général bon. Pas de toux.

Mai 1867. — Depuis Mars toux, dyspnée, catarrhe du poumon droit surtout du sommet. Matité dans la région interscapulaire. Hypertrophie du foie. Hémoptysies répétées au commencement du mois de mai.

25 février 1868. — *Accidents fébriles.* Fosses sus et sous-épineuses droites mates et respiration diminuée. Sommet gauche mat en avant jusqu'à la troisième côte ; matité maxima entre la deuxième et la troisième côte. En arrière, matité jusqu'à l'angle de l'omoplate ; respiration rude et râles. Foie hypertrophié.

16 mars 1868. — La Dyspnée va croissant. Voix voilée. Peu de fièvre. Poumon sain à part la matité déjà notée. Le poumon gauche se soulève moins que le droit. Matité prononcée entre les deuxième et troisième côtes et gros

râles sous crépitants. Submatité dans les fosses sus et sous épineuses et légers râles ; à la base du poumon gauche, son tympanique, respiration rude. Foie hypertrophié et douloureux à la pression. Amygdales abcédées. Exanthème tuberculeux du dos et de la nuque. Traitement : Calomel.

27 Mars 1868. — Abcès des amygdales plus volumineux. Exanthème plus net. Tuméfaction des ganglions de la nuque. La matité des 2^e et 3^e espaces intercostaux gauches est augmentée, elle est moindre au sommet. Râles au sommet. Craquements dans les 2^e et 3^e espaces. En arrière : Matité et râles au sommet, puis la matité va en diminuant de la fosse sous épineuse à la base. Râles humides. Poumon droit sain. Toux légère. Apyrexie. Traitement : protoiodure de mercure.

24 Avril. — Etat général meilleur. Cicatrices sur les amygdales. L'exanthème a disparu, laissant des taches brunes.

15 mai. — Même état du poumon gauche. Expectoration plus abondante. Urine albumineuse. Traitement : iodure de fer. La malade mourut peu de temps après. Pas d'autopsie.

Observation XL.

Tuberculose développée 5 ans après le chancre syphilitique, chez un individu atteint de fièvre intermittente. L'iodure de potassium resta sans action. Le malade mourut peu de temps après le début de l'affection pulmonaire. Caverne au sommet gauche. (Annales de dermatologie, 1883. Henry PETIT).

Il s'agit d'un cas de syphilis évoluant dans un organisme atteint simultanément de malaria caractérisé par des accès de fièvre et une hypertrophie de la rate. Les hautes doses de sulfate de quinine restaient impuissantes. Survint une poussée de pustules, manifestation d'une syphilis contractée trois ans auparavant. Le sulfate de quinine fut discontinué et remplacé par des préparations mercurielles. Sous l'influence du traitement spécifique, non seulement l'éruption disparut, mais encore la fièvre diminua graduellement d'intensité. Les toniques, l'arsenic et la quinine furent alors administrés, tout en continuant les frictions mercurielles et le malade se trouva bientôt assez rétabli pour retourner chez lui. Deux ans après eut lieu une récurrence : la fièvre résistait au mercure et au sulfate de quinine. Le malade était devenu pâle, cachectique, et présentait les symptômes apparents d'une tuberculose pulmonaire. Dans l'idée qu'on pouvait avoir à faire à des gommes pulmonaires, l'iodure de potassium fut administré, mais il resta sans effet. Monsieur Desnos vit alors le malade et diagnostiqua l'existence d'une caverne sous la clavicule gauche. Tout traitement fut inefficace et le malade succomba trois mois après.

Observation XLI.

Chancre syphilitique contracté en mai 1882. Est traité, mais suit une hygiène détestable. Il tousse dès le mois de juillet. Induration des deux sommets. Mort en août 1883 (communiquée par M. SPILLMANN).

K..., âgé de 21 ans, fils d'un vieillard. La mère se porte bien. Une de ses sœurs a succombé à la tuberculose. Pas d'autres antécédents tuberculeux dans la famille. Ce jeune homme a toujours été d'une constitution délicate.

Il a eu à plusieurs reprises, dans son enfance, des accidents convulsifs provoqués par la dentition ou par les prodromes d'affections éruptives. Il y a environ deux ans et demi, ce jeune homme commit quelques excès vénériens et contracta un chancre induré, dont les premiers symptômes se déclarèrent vers le 10 mai 1882. Il fut traité presque immédiatement après l'apparition du chancre à l'aide d'injections sous-cutanées de sublimé à la dose de 1 à 2 milligrammes par jour. Cette médication fut suivie pendant environ 5 semaines sans donner lieu à aucune réaction locale. Accidents secondaires très bénins. Roséole légère sur la face antérieure du tronc ; quelques syphilides érosives des lèvres et des amygdales. Cependant, l'état général du malade laissait à désirer. Il avait maigri et continuait à mener une vie d'intempérance. Vers le commencement du mois de juillet, il fut pris de fièvre, de toux et je ne tardai pas à constater des symptômes d'induration pulmonaire sous la clavicule gauche. Quelques crachats hémoptoïques. Simultanément des poussées secondaires caractérisées par des syphilides génito anales et des accidents du côté de la langue et de la gorge. Traitement par quelques doses successives de pilules de sublimé et de l'iodure de potassium. Application de pointes de feu sous la clavicule. Huile de foie de morue, phosphates, etc.

Le malade alla passer l'hiver de 1882-1883 à Cannes, et ne tarda pas à présenter des symptômes laryngés avec une extinction de voix presque complète. A son retour du midi, il passa par Paris et y vit M. le professeur Fournier. Ce dernier ne put constater aucune manifestation spécifique du côté du larynx et l'examen laryngoscopique fait par un spécialiste permit de reconnaître sur chaque corde vocale des ulcérations dont la nature tuberculeuse ne laissait aucun doute. Ce malade revint à Nancy, très amaigri, les fonctions digestives se faisaient très mal ; il avait des quintes de toux incessantes, provoquées par l'irritation laryngée, quintes de toux suivies souvent de vomissements. Le gavage ne fut pas supporté, et bien que les lésions pulmonaires fussent très limitées, car les sommets seuls semblaient pris, ainsi que

le larynx, le malade ne tarda pas à succomber dans un état de marasme complet dans les premiers jours du mois d'août. Pendant les trois derniers mois le malade avait eu de la diarrhée et une fièvre vespérale s'élevant quelquefois à 40°.

Observation XLII.

Tuberculose développée quelques mois après le chancre, chez un jeune homme sans antécédents héréditaires suspects. Syphilis traitée dès le début. Accidents spécifiques répétés. Induration du sommet gauche et plus tard du sommet droit (communiquée par M. SPILLMANN.

X..., âgé de 28 ans. Constitution robuste. Père et mère bien portants. A fait la campagne de 1870. N'a jamais eu d'affection vénérienne. Contracte au mois d'octobre 1879, un chancre syphilitique. Six semaines après, syphilides papuleuses et papulo-croûteuses généralisées. Fièvre syphilitique. Asthénie etc.

Le malade est traité par les injections sous-cutanées de sublimé. Une amélioration assez notable se produisit à la suite de ce traitement, quand, à la suite d'une partie de campagne, faite en plein hiver sur un bateau à vapeur, le malade qui toussait depuis plusieurs semaines, fut pris de malaise et de fièvre.

On constate à cette époque sous la clavicule gauche des craquements et des signes manifestes d'induration pulmonaire. Le malade avait de la fièvre tous les soirs et maigrissait rapidement. Il fut pris successivement d'hémorrhagies bronchiques répétées, extrêmement abondantes qui mirent sa vie en danger. Le perchlorure de fer, l'ergotine, des compresses glacées sur le thorax parvinrent avec beaucoup de peine à arrêter ces hémorrhagies. Le malade était à bout de forces, amaigri, mangeant à peine, atteint de diarrhée et de sueurs nocturnes. M. le professeur Herrgott, eut la bonté de voir à plusieurs reprises ce malade.

Pour ne pas le laisser mourir loin de sa famille, on décida de le transporter en Alsace, et un de nos confrères qui avait bien voulu l'accompagner, trouvait son état si désespéré qu'il ne se chargea qu'à regret de cette mission.

En même temps que ces accidents se développaient, la syphilis se manifestait par des accidents du côté de la peau et des muqueuses (langue et arrière gorge).

Arrivé en Alsace en 1880, très affaibli, il ne pouvait pas rester assis un quart de minute; l'expectoration continua à rester sanguinolente, pendant une douzaine de jours (même traitement antihémorrhagique qu'auparavant).

A ce moment, le malade était assez fort pour pouvoir rester assis un temps suf-

fisant pour permettre l'examen de la poitrine : Mêmes signes d'induration du sommet gauche. En arrière, matité du côté droit de haut en bas. Respiration légèrement diminuée dans la fosse sus-épineuse droite ; dans la fosse sous-épineuse et à la base, râles nombreux accompagnés d'une expiration soufflée, presque tubaire.

Aucune trace d'éruption spécifique.

Au mois d'août 1880, le malade put se promener avec l'aide de deux cannes. Il toussait toujours beaucoup et son expectoration était encore sanguinolente par moments. A cette époque, nouvelle éruption spécifique du côté de la peau et des muqueuses. Traitement arsénical (liqueur de Fowler.)

Les forces du malade allèrent en augmentant et tout alla bien jusqu'au mois de février où il fut pris de nouvelles hémorrhagies qui durèrent huit jours. Ces hémorrhagies étaient presque aussi abondantes que celles qu'il avait eues à Nancy. Elles furent suivies de douleurs rhumatismales aux mains et aux pieds. Vers la fin d'Avril 1881, le malade fut assez fort pour se promener un peu. Nouvelle poussée syphilitique sur le tronc ; traitement : iodure de potassium à la dose de 3 à 4 grammes par jour. Sous l'influence de ce traitement, les lésions spécifiques disparurent au bout d'un mois. L'appétit revint ainsi que les forces. Il eut toutes les apparences d'une bonne santé. Les signes physiques thoraciques constatés auparavant existaient toujours, cependant ils étaient moins intenses qu'au début. Le malade se porta bien jusqu'en novembre 1881 : nouvelles hémorrhagies qui durèrent 6 jours, mais elles étaient beaucoup moins abondantes que les deux premières fois : Nouveau traitement à l'iodure, qui fut suivi pendant 3 mois. Au printemps il se portait tout à fait bien et se conduisait comme un homme se portant bien, c'est-à-dire qu'il ne se ménageait plus du tout. Au mois de juillet, nouvelles hémorrhagies qui ne durèrent que deux jours. Nouveau traitement iodé, qui dut être suspendu au bout de quelques jours, à cause d'accidents d'iodisme qui se produisirent.

Depuis, le malade se porte relativement bien. Il tousse moins. Pas d'accidents syphilitiques. Les signes d'induration du sommet gauche persistent. A droite et en arrière le souffle a disparu ; le murmure vésiculaire est affaibli de haut en bas. Bouffées de râles crépitants fins.

Le malade ne suit plus aucun traitement.

Observation XLIII.

Chancres syphilitique contracté en février 1883. Se traita peu. En septembre 1883, il fut atteint d'accidents syphilitiques cutanés qui disparurent rapidement sous l'influence du traitement spécifique. Mais les accidents pulmonaires (induration des deux sommets, surtout du sommet droit, hémoptysie, etc.), persistèrent (Personnelle. Recueillie dans le service de M. le professeur PARISOT.

J... L..., âgé de 27 ans, artiste prestidigitateur, entré à l'hôpital le 22 septembre 1883. Mère morte tuberculeuse à l'âge de 40 ans. Père vivant encore et deux sœurs également bien portantes. Lui même n'a jamais été malade, n'a jamais toussé.

Vie déréglée. Excès alcooliques. Marié, il a eu des rapports avec une ancienne maîtresse, en février 1883. Trois semaines après, il aperçut une érosion sur la partie interne du prépuce. Cette lésion atteignit la surface d'une pièce de 50 centimes. Elle était luisante, vernissée, surélevée, ne suppurant pas. Ce chancre persista pendant deux mois. Le malade n'a, à ce moment, consulté aucun médecin, ni suivi aucun traitement. Le 17 juillet 1883, il entra à l'hôpital Dieu, de Reims. Il était, dit-il, couvert de croûtes, surtout sur le scrotum et la verge. Ulcérations de l'arrière gorge. On lui fit suivre un traitement antisiphilitique (frictions et iodure) sous l'influence duquel les lésions de la peau et des muqueuses disparurent rapidement, et le 16 août il quittait l'hôpital, n'ayant plus que quelques légers accidents au front et aux membres supérieurs. Se jugeant suffisamment guéri, il cessa tout traitement jusqu'au jourd'hui.

Etat actuel (22 septembre 1883). — Malade affaibli, a beaucoup maigri depuis cinq mois. Le tronc, la face (paupières, lèvre supérieure, front), les membres sont couverts de syphilides nettement cerclées par places : ce sont des taches de couleur rouge jambon, dont la surface varie entre celle d'une pièce de 20 centimes et de un franc. Sur les deux avant-bras se trouvent des squames de rupia (écailles d'huîtres). — Sur la face interne et supérieure du prépuce, se trouve une cicatrice, trace du chancre. Légère adénopathie biinguinale. Adénopathie bicervicale. Alopécie en plaques. Yeux et oreilles sains. Le malade tousse depuis cinq mois. La toux sèche d'abord, sans expectoration ou avec expectoration séreuse, est à présent fréquente et l'expectoration est muco-purulente. Pas d'hémoptysie. Depuis 15 jours, sueurs nocturnes profuses.

Thorax large, bien conformé. Creux sus et sous claviculaires peu marqués. A la percussion, on constate une sonorité normale sous la clavicule gauche ; submatité sous la clavicule droite. A l'auscultation, inspiration rude et expi-

ration prolongée des deux côtés, mais surtout à droite où l'expiration est franchement soufflée.

En arrière : matité de la fosse sus épineuse droite.

Sonorité normale partout ailleurs.

Inspiration rude, expiration prolongée et quelques craquements secs dans la fosse sus épineuse droite.

Pas de bruits anormaux ailleurs.

Foie non hypertrophié. Cœur normal.

Diagnostic : Syphilis datant de 7 mois, en période secondaire, ayant occasionné une induration tuberculeuse des deux sommets, la lésion étant plus avancée à droite, chez un individu ayant fait des excès alcooliques et à antécédents héréditaires suspects.

Traitement : Frictions avec 4 grammes d'onguent napolitain. Iodure de potassium 2 grammes. Quinquina.

Après 8 jours de ce traitement, sous l'influence duquel l'éruption cutanée commençait à s'effacer, le malade quitta l'hôpital. Pendant son séjour, la température matinale variait entre 36°,8 et 37°,2 et la vespérale entre 38° et 38°,5.

Observation XLIV.

Alcoolisée. Syphilis datant de l'année 1878. Se traite très irrégulièrement Tuberculose débute en juin 1883. 2 sommets, surtout le sommet gauche contiennent des cavernes tuberculeuses. Meurt en avril 1884 (Personnelle. Recueillie au service de M. SPILLMANN).

A. H..., âgée de 26 ans. Mère morte à l'âge de 40 ans; père mort âgé de 60 ans; 4 frères et sœurs bien portants. A eu des abcès du cou pendant son enfance. Régliée à l'âge de 17 ans, elle l'a été régulièrement jusqu'à l'âge de 20 ans. Alcoolisée. Pituïtes matinales. Elle est venue une première fois au service de Monsieur Spillmann, à la Maison de secours en 1879, avec des syphilitides papuleuses hypertrophiques des parties génitales, des plaques muqueuses de la bouche, de l'alopecie. Elle suivit un traitement anti-syphilitique pendant 5 mois. A ce moment elle ne toussait pas. Après avoir quitté l'hôpital, elle reprit sa vie irrégulière, sans suivre aucun traitement pendant trois ans. Le 17 août 1883 elle arriva de nouveau à l'hôpital : Elle présentait une gomme ulcérée de la poignée du sternum, sans autre accident spécifique. Mais depuis 3 mois elle tousse, surtout le matin, expectore du mucus pur, et depuis trois semaines elle a des hémoptysies peu abondantes, se réduisant à quelques filets de sang, mais se répétant presque chaque jour. En même temps elle a des points de côté fréquents, des sueurs nocturnes abondantes

Etat actuel. (17 août 1883). — La malade est cachectique, faible, amaigrie, pâle, muqueuses anémiées. Elle tousse beaucoup. Voix non enrouée. Appétit diminué. Pas de diarrhée. Mal réglée.

Poitrine bien conformée. Creux sus et sous claviculaires peu marqués. A la percussion, on a, en avant, matité dans le 1^{er} espace intercostal gauche. Submatité dans le même espace du côté opposé. Sonorité normale partout ailleurs en avant. Foie non hypertrophié. Submatité précordiale normale. A l'auscultation, on perçoit, toujours en avant, au sommet gauche, une inspiration rude, une expiration nettement soufflée. Quelques rares craquements secs. Au sommet droit les deux temps de la respiration sont rudes. Pas de râles.

En arrière : fosse sus-épineuse gauche matte, sonorité normale partout ailleurs. A l'auscultation : expiration soufflée dans les deux fosses sus-épineuses. Râles sous crépitants nombreux dans les fosses sus et sous-épineuses gauches. Voix caverneuse.

Cœur, foie et reins sains.

La température prise pendant 15 jours donnait le matin 37° à 37°,5 et le soir elle oscillait entre 38° et 38°,5.

Traitement : Une pilule de protoiodure de mercure et une potion avec 4 grammes d'iodure de potassium.

Novembre 1883. — La malade a suivi régulièrement son traitement. La gomme est en pleine voie de guérison. Les symptômes pulmonaires ne se sont pas amendés : les signes physiques sont restés les mêmes.

Février 1884. — La gomme sternale est guérie ; il reste une cicatrice de date récente. Mais l'état général est devenu plus mauvais : la malade est affaiblie au point qu'elle est obligée de garder le lit. Les symptômes pulmonaires se sont aggravés. La toux est devenue plus fréquente, pénible, occasionnant fréquemment le vomissement. L'expectoration est à présent très abondante, muco-purulente ; sueurs nocturnes profuses.

Les creux sus et sous-caviculaires sont marqués des deux côtés, le 1^{er} espace intercostal des deux côtés est déprimé et, dans cette même région on a de la matité. Sonorité normale au-dessous. Le foie n'est pas hypertrophié. A l'auscultation, on perçoit aux deux sommets de râles humides, plus nombreux au sommet gauche.

En arrière : matité des deux fosses sus-épineuses. Sonorité normale partout ailleurs.

A l'auscultation : Gargouillements dans les fosses sus et sous-épineuses gauches. Dans les mêmes régions, toux et voix cavernieuses. Dans les fosses sus et sous-épineuses droites quelques râles humides. Respiration régulière aux bases.

La malade meurt le 2 avril 1884.

M. Ehrmann, chef des travaux d'anatomie pathologique, nous aida à faire l'autopsie.

A l'ouverture du thorax nous constatons que le poumon est très adhérent dans son sommet gauche. Tout ce sommet est réduit en une vaste caverne dont les parois sont épaissies. Cavernules dans la partie supérieure du lobe inférieur, variant des dimensions d'un pois à celles d'une noix. Ces cavernes contiennent un liquide rouge brique. La partie inférieure du lobe inférieur est criblée de tubercules en voie de ramollissement.

Le poumon droit est dans ses deux lobes supérieurs, envahi par des tubercules de tout âge. Dans le sommet et à la partie postérieure se trouvent 4 petites cavernules du volume d'une noisette. Le lobe moyen contient une cavernule, du même volume que les précédentes. La base est congestionnée et contient quelques tubercules gris.

Hyperhémie de la muqueuse des bronches. Cœur normal. Foie gras. Reins droit et gauche volumineux, présentant les lésions de la néphrite mixte.

Rate volumineuse, dure. A la base de la langue, se trouve un petit abcès contenant une matière jaunâtre, onctueuse.

Le corps thyroïde est petit, fibreux, de consistance cartilagineuse.

L'épiglotte, le larynx ne présentent rien de particulier. Pas d'épanchement péritonéal. Péritoine chargé de graisse, ne renferme pas de tubercules.

Estomac normal. L'iléum et la dernière partie du jejunum sont parsemés dans toute leur étendue de petites ulcérations qui ont entamé la muqueuse et de tubercules gris. La muqueuse intestinale est hyperhémisée. Dans le gros intestin nous trouvons des ulcérations tuberculeuses nombreuses, dont quatre grandes, de la surface d'une pièce de cinquante centimes. Ces ulcérations sont creusées à pic et ont détruit la muqueuse intestinale. En dehors de ces lésions le gros intestin contient encore de nombreux tubercules gris.

(B) CAS LÉGERS.

Observation XLV.

Malade mort à l'âge de 58 ans. Papillomes syphilitiques du larynx. Tuberculose et abcès du poumon (Archiv. der Heilkunde, 1863, WAGNER).

Le malade a 58 ans, et a été traité plusieurs fois pour des accidents syphilitiques. Il meurt le 12 février 1861.

Autopsie : Amygdale droite disparue, amygdale gauche dure, contenant du tissu cicatriciel. Le larynx et la trachée, renferment du muco pur. La corde vocale supérieure gauche et la muqueuse du larynx sont criblées de granulations cylindriques. Il en est de même de la partie postérieure de l'épiglotte.

Poumon droit: Sommet adhérent. Au sommet, est une caverne du volume d'un œuf de poule, contenant un pus à odeur désagréable. Le restant du lobe supérieur contient par places des tubercules petits, gris. Les deux tiers antérieurs du lobe moyen renferment par places des granulations, et quelques petites cavernes, du volume d'une cerise et remplies de pus. Certains de ces foyers sont très superficiels. Les parois des cavités sont les unes lisses, les autres tapissées de granulations. Il en est de même de la partie supérieure du lobe inférieur. Le restant du lobe inférieur est œdémâcié. La muqueuse des bronches est enflammée.

Poumon gauche: Réduit à peu près à la moitié de son volume normal. Très adhérent. La plèvre du lobe inférieur est épaissie. Le lobe supérieur contient plusieurs cavernes très petites dont la plus grande atteint le volume d'une cerise. Les parois de ces cavernes sont lisses. Les cavernes contiennent de la matière caséuse ou bien sont vides. Le restant du lobe supérieur est congestionné et contient un grand nombre de tubercules miliaires. Le lobe inférieur présente les mêmes altérations que la partie moyenne du poumon droit. Bronches dilatées, rouges.

Cœur droit un peu dilaté. Léger épanchement péricardique. Pas d'épanchement péritonéal. Foie diminué de volume. Capsule de Glisson très épaissie par places. Dans la substance du foie se trouvent deux petites cavernes du volume de la moitié d'une cerise, dont la section fait écouler du sang rouge bleuâtre.

L'examen microscopique des papillomes du larynx montre qu'ils sont composés par du tissu fibreux vascularisé.

Observation XLVI.

Malade morte à l'âge de 34 ans. Syphilomes du larynx et de l'intestin. Tuberculose chronique. 2 poumons altérés (WAGNER, arch. der Heilk, 1863).

Syphilis ancienne. Morte à l'âge de 34 ans.

Autopsie: cicatrices sur le frontal, sur l'amygdale droite. Sur la partie antérieure de l'épiglotte plusieurs érosions. Petit abcès sur la corde vocale gauche; sur la face inférieure de l'épiglotte sont de petites érosions.

Poumon gauche: Lobe supérieur très adhérent. Lobe inférieur comprimé par une enveloppe fibreuse épaisse. Épanchement pleural de 3 livres de sérosité claire. Le lobe supérieur est un peu plus grand que le lobe inférieur et contient encore un peu d'air. Ce lobe supérieur contient du tissu induré et des tubercules miliaires. Mêmes altérations du lobe inférieur. Bronchite chronique. Ganglions bronchiques hypertrophiés, durs.

Poumon droit encore plus adhérent que le poumon gauche. Au sommet, quelques cavernes remplies de matière caséuse. La plus grande partie du lobe supérieur est indurée et farcie de tubercules miliaires. Le lobe moyen droit présente les lésions du lobe supérieur gauche. Le lobe inférieur n'est plus perméable à l'air que dans les bronches. Infiltration de tubercules anciens ou récents. Bronchite. Ganglions bronchiques hypertrophiés. Foie normal, congestionné. Muqueuse stomacale injectée ; quelques glandes solitaires ont subi l'infiltration tuberculeuse. Ganglions mésentériques hypertrophiés. La muqueuse du cœcum et du colon ascendant manque en plus grande partie. Elle est remplacée par une surface brunâtre, lisse, cicatricielle. Les fibres musculaires sont doublées de volume. Séreuse régulière. Et Vagner conclut à la tuberculose chronique, à des syphilomes du larynx et de l'intestin.

Observation XLVII.

Malade mort à l'âge de 46 ans. Syphilis ancienne. 2 sommets tuberculeux.
Tuberculose intestinale (WAGNER).

Syphilitique mort à 46 ans. Amaigri.

Cicatrices syphilitiques du voile du palais. Les deux amygdales sont diminuées de volume, formées en partie par du tissu cicatriciel.

Poumon gauche très adhérent à la plèvre pariétale. Au sommet plusieurs cavernes communiquant entre elles, ayant ensemble le volume d'un œuf d'oie, remplies de pus. En outre, bon nombre de tubercules miliaires. Le lobe inférieur contient un grand nombre de cavernules sans communication entre elles. Bronchite. Ganglions bronchiques hypertrophiés.

Épanchement d'environ trois quarts de livre, d'un liquide jaunâtre, dans la cavité pleurale droite.

Poumon droit adhérent à sa partie supérieure à la plèvre pariétale. Le lobe supérieur ressemble à celui du poumon gauche. Les lobes moyen et inférieur ne contiennent que quelques groupes de tubercules miliaires.

Épanchement péritonéal clair. Foie normal. Cicatrices syphilitiques sur les bords du foie. Le cœcum et le colon ascendant contiennent un grand nombre d'ulcérations.

Sur la partie antérieure et médiane du pénis est une cicatrice. Tuniques vaginales très épaissies. Cicatrices syphilitiques des testicules.

Observation XLVIII.

Malade morte à l'âge de 39 ans. Syphilis ancienne. 2 sommets tuberculeux (WAGNER).

Femme de 39 ans, morte le 21 octobre 1862. Poumon gauche. Lobe supérieur très adhérent. Épanchement pleural de une livre et demie. La moitié

supérieure du lobe supérieur contient une vaste caverne, à contenu caséeux. Dans le restant du poumon, groupes de tubercules plus ou moins récents.

Poumon droit, sommet adhérent. Au sommet est une caverne moins grande que celle de gauche.

Le restant du poumon droit contient également des tubercules miliaires comme à gauche. Bronchite. Léger épanchement péritonéal. Ganglions mésentériques hypertrophiés.

Lobe gauche du foie très hypertrophié. Cicatrices syphilitiques de la face supérieure du foie. Sur la petite lèvre gauche se trouve une ulcération profonde.

Observation XLIX.

Malade morte à l'âge de 50 ans. Syphilis ancienne. Gomme du poumon et tuberculose pulmonaire (cas du docteur GODHART, med. Times, and 1874).

Il s'agit d'une femme âgée de 50 ans, morte en quelques heures, d'une hémoptysie abondante. A l'autopsie les deux poumons, surtout le poumon droit, présentaient les caractères de la phthisie dite fibreuse. A la base de l'un des poumons, il y avait un anévrysme pulmonaire. Le poumon gauche contenait une tumeur gommeuse. Les altérations des poumons étaient celles que l'on rencontre d'ordinaire; elles n'étaient intéressantes que parce qu'elles étaient associées à une gomme.

Observation L.

Syphilis contractée en 1855. Début de la tuberculose en 1870. Morte tuberculeuse en 1875. Les 2 sommets sont pris (Thèse de CARLIER, sur la syphilis pulmonaire).

Observation intitulée : Laryngite syphilitique. Trachéotomie. Infection purulente. Mort. Gommès? (Ce point d'interrogation se trouve dans la thèse) du poumon.

La dame B... 40 ans. Trachéotomisée le 11 Mars 1875 pour des accès de suffocation. Mort le 15 avril. Pas d'antécédents héréditaires de tuberculose; syphilis contractée en 1855. Accidents secondaires consécutifs. En 1870 enrrouement et pendant deux ans la voix resta enrrouée. En 1872 extinction complète de la voix. En 1873 accidents dyspnéiques. Hémoptysies en 1874, nouveaux accès de suffocation, orthopnée, sueurs froides.

Autopsie: Cordes vocales inférieures épaissies. Au-dessous d'elles quatre masses polyformes.

Poumons : Au sommet des deux poumons et surtout à droite existait un certain nombre de petites tumeurs arrondies, du volume d'un gros pois à cau-

tère, blanc jaunâtre, entourées d'une zone fibreuse et environnées de tissu pulmonaire sain. Certaines de ces tumeurs sont plus molles, plus caséuses que d'autres. Il y a même en un point une cavernule provenant de la fonte d'un de ces néoplasmes. Ces tumeurs ne ressemblent pas à des tubercules caséux par le fait de leurs limites nettes, de l'intégrité complète du tissu pulmonaire à leur pourtour. Elles n'ont pas non plus l'aspect d'abcès métastatiques.

A la base du poumon gauche existe sous la plèvre une collection purulente mal circonscrite. Deux petites collections limitées au devant du rebord costal gauche.

Examen microscopique : 1^o pourtour : tissu pulmonaire infiltré d'éléments fins disposés en amas irréguliers qui épaississent les parois alvéolaires et remplissent plus ou moins les alvéoles.

Zone fibreuse : formée de tissus fibreux à faisceaux disposés généralement en couches excentriques, entre lesquelles se voient des cellules de tissu conjonctif aplaties. Dans les parties excentriques de cette zone, les cellules conjonctives sont plus abondantes. Dans les parties concentriques, les cellules conjonctives subissent la dégénérescence graisseuse. On voit dans cette couche un certain nombre de vaisseaux oblitérés.

3^o Parties centrales formées de tissu fibreux plus ou moins dégénéré.

Observation LI.

Syphilis ancienne. 2 sommets malades (Observation IX de la thèse de M. CARLIER).

Renseignements nuls. Le malade est un marin, récemment débarqué qui meurt sans parler. Il présente sur le pénis et dans la région inguinale des cicatrices de syphilis.

Autopsie : Muqueuse du larynx et de la trachée très ulcérée. Le cartilage thyroïde présente une ulcération à sa face interne. Ganglions lymphatiques cervicaux engorgés.

Le foie renferme à peu près une douzaine de tumeurs fibreuses, dures, arrondies, dont la plus grosse est du volume d'une petite bille à jouer, de coloration blanc jaunâtre, consistance du cuir, absolument sèches, ne donnant aucun liquide à la pression. Au microscope ces tumeurs sont constituées par des fibres à noyaux et du tissu fibreux. Les poumons contiennent quelques masses fibreuses d'une structure identique à celle du foie. Dans chacun des lobes supérieurs se trouve un dépôt plus volumineux qu'une bille à jouer. A la section ils diffèrent de ceux de la pneumonie ou de la scrofule et consistent en un noyau circonscrit, dur, jaunâtre. A côté de l'une de ces masses, s'en trouve une autre en train de se ramollir, de se désagréger et de former une cavité. Elle offre ceci de particulier que les parois de la cavité sont

constituées par diverses couches de matières analogues à celles qui se sont ramollies.

Carlier ajoute « dans le fait que nous venons de rappeler on pourrait hésiter entre la syphilis et la tuberculose, ou bien admettre leur coexistence. »

Observation LII.

Syphilitique à l'âge de 7 ans. Suit irrégulièrement le traitement spécifique. Meurt à l'âge de 47 ans. Les deux poumons sont malades dans toute leur étendue. Foie gras. Tuberculose intestinale. Vulve détruite par une ulcération syphilitique, (Colomatti Giornale della acad. di med. di Torino 1877 (COLOMIA: TI).

Le 20 janvier 1876, mourait à l'hôpital Saint-Louis, une femme du nom de Pozzi Rosa, âgée de 47 ans. Elle était venue une première fois à l'hôpital, le 14 décembre 1871, avec une anasarque et fut mise au service du docteur Gênovésio qui en fit prendre alors l'observation, que voici : femme de constitution affaiblie, née de parents sains, a eu la variole, des adenites suppurées du cou.

A l'âge de 7 ans, à la suite d'un viol, elle fut affectée d'ulcères syphilitiques à la vulve, suivis de bubons, puis d'accidents syphilitiques secondaires du côté des yeux, de la bouche et du nez. Menstruée à 12 ans; peu après l'affection syphilitique reparut à la vulve. Les grandes et les petites lèvres se tuméfièrent. Cette tuméfaction n'a jamais disparu depuis lors. Deux ans avant son entrée à l'hôpital, elle eut un érysipèle des membres inférieurs, suivi d'un œdème étendu à presque tout le corps, et quand elle entra à l'hôpital, elle offrait une tuméfaction éléphantiasique des grandes et petites lèvres, des ulcères très étendus en surface, et des noyaux cutanés indurés, multiples.

Pas d'atrésie du vagin. Ces lésions avaient tout à fait l'aspect de lésions syphilitiques.

Le 13 juillet 1873, elle quitta l'hôpital, guérie déjà depuis quelque temps de l'anasarque et l'affection génitale était améliorée au point que la guérison complète pouvait être espérée si on avait pu continuer le traitement, qui consistait en cautérisations répétées et surtout en un traitement mixte par l'iodure et le mercure. Elle revint le 12 avril 1875 et fut reçue dans le service du docteur Vigo. Elle avait un ulcère très étendu à la vulve. Depuis son départ de l'hôpital elle n'avait suivi aucun traitement à part quelques cautérisations de l'ulcération, cautérisations qu'elle se faisait elle-même, ce qui la fit cesser bientôt ce traitement. *Diarrhée depuis deux mois. Fièvre presque continue.* Genou gauche et région carpienne droite douloureux. L'ulcère intéresse toute la partie externe de la vulve, a des bords durs et sinueux, taillés à pic, est relativement peu douloureux. Quelques ganglions

inguinaux indurés ; d'autres suppurent. Peu après son entrée à l'hôpital, une tuberculose pulmonaire aiguë éclata et finit par emporter la malade en quelques mois.

Autopsie : Cerveau et méninges réguliers.

Poumons : Les deux sommets sont déformés par une pleurésie ancienne. A la surface de la coupe des deux poumons on constate la présence de tissu connectif interlobulaire pigmenté et une multitude de noyaux gros comme une tête d'épingle, de couleur blanchâtre, luisante. Le tissu pulmonaire qui entoure ces noyaux est œdématisé là où il n'est pas induré.

Foie gras. Vers les bords il a l'aspect granuleux et sur la surface de section près du bord, les acini saillaient en dehors du tissu connectif.

Rate un peu tuméfiée. Reins rugueux, petits, indurés, à capsule épaissie et très adhérente. Dans le rein gauche, sont deux noyaux jaunâtres, à la limite de séparation des deux substances. Un de ces noyaux est gros comme un petit pois, et l'autre comme la tête d'une épingle.

Intestins : Ulcérations dans la dernière portion de l'intestin grêle, dans le cœcum et le gros intestin. Ulcérations à bords élevés et anfractueux, sur le fond desquelles se voient des noyaux blanchâtres gros comme des grains de millet, tandis qu'à côté se trouvent des noyaux d'aspect caséeux.

Endométrite. — Vulve détruite en partie par l'ulcération ; sur le trigone vésical est une ulcération de la surface d'une pièce de cinq centimes à bords élevés. Sur le fond, le bord et le pourtour de cet ulcère sont de petits noyaux caséeux gros comme des grains de millet.

Ganglions lymphatiques inguinaux, cruraux et iliaques, dilatés et durs, contenant les uns des noyaux caséeux, les autres de petits noyaux blancs grisâtres. L'examen histologique m'assura de la nature tuberculeuse des noyaux qui criblaient les deux poumons. Les deux noyaux du rein gauche, les ulcérations intestinales, l'ulcération de la vessie, les ulcérations de la vulve, le contenu des ganglions lymphatiques étaient également formés par du tubercule. On peut donc conclure que cette femme est morte de tuberculose diffuse.

Au début, lorsque Vigo examina la malade, il était difficile de dire si la lésion de la vulve était un lupus ou un épithélioma. Ayant été invité à l'examiner à ce moment, je pris une parcelle de l'ulcération et je conclus à un lupus. L'affection vulvaire primitive était évidemment syphilitique, mais il est impossible de savoir si dans l'ulcère syphilitique le principe tuberculeux existait dès le début, c'est-à-dire, on ne peut savoir si cette malade contracta les deux affections, la syphilis et la tuberculose, par l'accident primitif.

Il y avait peut-être chez cette femme une prédisposition pour la tuberculose

puisque enfant elle avait eu des ganglions cervicaux suppurés. Le processus tuberculeux, réveillé par l'affection syphilitique aurait très bien pu déterminer l'évolution de la tuberculose, comme cela arrive souvent pour les plaies de nature traumatique chez les scrofuleux. La tuberculose de la vulve s'était étendue vers les autres visières : vessie, reins, intestins, poumons et cela sous la forme de tuberculose miliaire.

Observation LIII.

Tuberculose close environ 10 ans après le chancre syphilitique, sur lequel s'était développé un lupus qui guérit au bout de quelques années seulement. Autopsie : 2 poumons malades. Foie gras. Tuberculose intestinale (COLOMIATTI).

Colliard Battista, âgé de 29 ans, entré à l'hôpital Saint-Louis au mois de novembre 1871, pour un lupus du nez, peu avancé, bien qu'il datât déjà de quelques années. Les ganglions sous-maxillaires étaient tuméfiés. L'on ne pouvait guère avoir l'espoir de voir ces ganglions se résoudre, car les superficiels et les profonds étaient pris. On traita l'ulcère par les bains locaux, par les pulvérisations d'eau de mer, puis par la cautérisation du fond et des bords de l'ulcération, par une médication interne (huile de foie de morue, iodure de potassium et toniques). Au bout de huit mois, le lupus était guéri. Cependant C..., resta à l'hôpital comme infirmier. Le nez présentait nécessairement quelques déformations. Les ganglions cervicaux restaient gonflés.

Il resta quelques années sans présenter ni récurrence locale, ni altération de l'état général. Mais pendant l'hiver de 1875, il commença à tousser et en juin il dut garder le lit comme atteint de bronchopneumonie lente avec soupçon de tuberculose pulmonaire limitée aux deux sommets. Il mourut le 10 novembre 1875, par suite des progrès de l'affection pulmonaire, qui fut accompagnée dans les derniers temps d'une diarrhée persistante.

Autopsie : Nez déformé par des cicatrices. Crâne rien. Ganglions cervicaux superficiels et profonds des deux côtés sont tuméfiés et caséux. La tuméfaction décroît de haut en bas et de la superficie vers la profondeur. Le long de la trachée se trouvent de petits ganglions qui, à la coupe sont de couleur brune à la périphérie. Vers la partie inférieure de la trachée sont d'autres ganglions plus gros avec noyaux caséux, surtout au point de bifurcation des deux bronches et au hile des deux poumons.

Péricarde et cœur. Rien.

Larynx : Muqueuse tuméfiée. Sur les cordes vocales inférieures se voient des brides fibreuses et des ulcérations.

Muqueuse tachéale tuméfiée.

Poumon droit : Adhérence pleurale très forte. Noyaux caséeux. Cavernes multiples du sommet à la base avec une infinité de granulations miliaires blanchâtres.

Poumon gauche : Adhérence pleurales surtout solides au sommet. Sur la plèvre viscérale, près des adhérences se trouvent beaucoup de noyaux caséeux et quelques petits noyaux miliaires grisâtres. Au sommet sont quelques cavernes dont l'une a le volume d'une petite noix et a des parois irrégulières. Au-dessus de celle-ci, en est une autre plus petite. Ce sommet est, en dehors de ces cavernes et de quelques noyaux caséeux, sclérosé et criblé de noyaux miliaires. Sur la muqueuse des bronches de petit et de moyen calibre, se voient de petits noyaux miliaires blanchâtres. Des tubercules miliaires se trouvent dans le reste du poumon, excepté à la base où il y a un peu d'œdème.

La plèvre, abstraction faite des adhérences, est épaisse au sommet.

Foie gras. Rein : Léger degré de congestion.

Dans la dernière portion de l'intestin grêle, sont des noyaux disséminés, de la grosseur d'une tête d'épingle. Sur la valvule ileo cœcale, le cœcum, le colon : ulcérations étendues et noyaux gris miliaires. Ganglions mésentériques tuméfiés, mais non caséeux ; Ganglions lombaires, coeliaques très tuméfiés, caséeux.

L'examen histologique me prouva : 1° que réellement dans la peau et la muqueuse nasale il n'y avait plus aucune lésion, que tout se réduisait à du tissu de cicatrice ; 2° que les ganglions lymphatiques avaient été réduits à des amas caséeux dans leur plus grande partie et avaient été envahis par du tubercule, car autour de ces amas se trouvaient des tubercules et parce que les tubercules formaient la partie essentielle des ganglions plus petits et non encore caséeux ; 3° que la plèvre costale et viscérale droite contenait des tubercules, ainsi que la plèvre viscérale gauche ; 4° que dans les deux poumons existaient des tubercules bien caractérisés mélangés aux diverses formes de la pneumonie chronique diffuse, surtout à droite où la pneumonie accompagnait les tubercules et était soit catarrhale, soit interstitielle, sans prédominance d'aucun des deux modes ; 5° que dans l'épaisseur de la muqueuse de quelques bronches, et non dans celle de la trachée et de larynx, il y avait des tubercules.

Cette observation montre jusqu'à l'évidence, que les tubercules peuvent être détruits dans l'endroit de leur manifestation première, et cependant l'individu mourir de tuberculose diffuse. Dans le cas actuel on avait une tuberculose localisée qui fut entièrement détruite par les caustiques, mais qui après s'être étendue aux ganglions lymphatiques, suivit sa marche meurtrière pour ga-

gner les poumons et l'intestin. On eut donc une tuberculose primitive locale qui, comme Rindfleisch l'a soutenu, donna naissance à une tuberculose secondaire ou ganglionnaire, puis à une tuberculose tertiaire ou viscérale, tuberculose qui aurait été enrayée dans sa marche, si elle avait pu être détruite au moment où les ganglions lymphatiques n'étaient pas encore pris, ou si les ganglions superficiels seuls eussent été pris et eussent été enlevés. L'individu, objet de cette observation, avait souffert de la syphilis et son pseudo lupus du nez avait été occasionné par la syphilis. Nous avons donc eu successivement une affection ulcéreuse mixte syphilitique et tuberculeuse, qui guérit totalement de la manière la plus parfaite, mais qui évolua cependant avec une issue funeste, non pas comme affection syphilitique, mais comme tuberculose.

Ce cas ressemble au cas précédent, de syphilis de la vulve avec tuberculose, avec cette différence cependant, que la vulve ne put jamais être guérie, faute de soins suffisants, je ne dis pas au moment de son entrée à l'hôpital, mais dès le début de l'affection. Je suis persuadé que si la plaie avait été réduite à complète cicatrisation au moment où elle fut soignée par le docteur Genovosio, on n'aurait pas obtenu de bon résultat, car déjà la tuberculose n'était plus purement locale. Colliard mourut plus rapidement que Pozzi, et cependant chez Colliard la tuberculose aurait peut-être pu être arrêtée dans son cours par le traitement, tandis que chez Pozzi, qu'on ne pouvait espérer guérir, on obtint pourtant davantage ; en effet la tuberculose s'assoupit à certains moments.

Et Colomiatti ajoute à la fin de ces observations si intéressantes : « La tuberculose ne peut-elle être produite par la syphilis, d'autant plus qu'on voit des femmes publiques appartenant à des familles saines, au point de vue de la tuberculose, et sans privations, devenir tuberculeuses. »

Observation LIV.

Chancres syphilitiques en 1868. Le malade meurt tuberculeux en 1877. Induration des deux sommets (Revue de méd. et de chirurgie, 1877. R. LÉPINE).

D..., âgé de 33 ans, cordonnier, entre le 9 janvier. Etat d'hébété. Déchât dorsal. Dilatation de la pupille droite. Le nez est enfoncé et fortement aplati. La gorge est rouge, les ganglions sous maxillaires engorgés. La palpation de cette région est douloureuse. Les ganglions inguinaux ne sont pas hypertrophiés. On ne trouve nulle part des exostoses.

Le malade comprend ce qu'on lui dit, mais on obtient difficilement de lui,

quelques paroles. Il ne souffre nulle part. Soutenu par des aides il peut faire quelques pas.

Sensibilité intacte. Urines involontaires.

Pouls petit, lent (54) et irrégulier.

Vu la possibilité d'une syphilis cérébrale on prescrit : frictions avec l'onguent napolitain, et un lavement purgatif. L'hypothèse de la syphilis paraît confirmée, d'abord par le récit du malade qu'il déclare, à la visite du soir, qu'il a eu autrefois un chancre.

11 janvier. — A eu dans la nuit une attaque, caractérisée par du tremblement, des soubresauts, une vive rougeur de la face. Continuation des frictions hydargyriques.

A la visite du soir, il confirme ce qu'il a dit au sujet du chancre qu'il aurait eu en 1868. La déformation du nez, serait, dit-il, postérieure.

12 janvier. — Urines et selles involontaires. Pupilles également dilatées. Le malade a pu sortir de son lit le soir. Même traitement.

14 janvier. — Le malade paraît beaucoup mieux et répond assez bien aux questions. Continuation des frictions.

25 janvier. — Difficulté pour avaler. Tousse aussitôt qu'on veut le faire boire. Respiration calme.

27 janvier. — Coma. Râle trachéal. Pupilles à peu près égales. Résolution complète, 38°3. Mort dans la soirée.

Autopsie : Les poumons congestionnés, présentent plusieurs hémorragies sous-pleurales, sur leurs bords postérieurs. Le poumon *gauche* renferme à son *sommet*, quelques noyaux crétacés et de plus, des granulations et des noyaux caséux. *Même induration au sommet droit*, mais avec foyers caséux moins étendus. Ganglions bronchiques normaux.

Cœur, rate, reins sains. Estomac et intestins normaux. Pas de méningite. A la partie antérieure et supérieure de l'hémisphère droit est une tumeur de la grosseur d'un œuf de dinde. Os propres du nez aplatis. Muqueuse tapissant les cartilages du nez épaissie et présente de nombreux tractus cicatriciels.

Diagnostic : Syphilis datant de quelques années.

Abcès du lobe antérieur de l'hémisphère cérébral droit, affection osseuse des fosses nasales et de la partie orbitaire de l'ethmoïde. Pneumonie tuberculeuse des deux sommets.

Observation LV.

Syphilis ancienne. Tuberculose intestinale. Noyaux caséux aux sommets (Hygiea, 1878 WARFING et ELIX).

Ces auteurs ont publié sous le nom de syphilis intestinale, l'observation

d'un malade âgé de 37 ans, ancien syphilitique, qui était atteint depuis deux ans de diarrhée avec mélange de pus dans les selles. Avant la mort on constata la présence d'albumine dans les urines. Il existait des ulcérations annulaires dans le rectum. A l'autopsie on trouva 75 ulcérations arrondies dans l'intestin grêle. Elles étaient toutes en forme d'anneau et avaient environ quatre centimètres de long sur cinq de large. Les sommets des poumons renfermaient des noyaux caséeux.

Observation LVI.

Syphilis constitutionnelle. Tuberculose guérie par l'iodure de potassium (Lettre adressée par Du MOTEL à RICORD (*Union médicale*, 1878).

M. R..., 34 ans. Syphilis constitutionnelle; 16 mois plus tard il revient à l'hôpital. Il tousse le matin. Bientôt dyspnée, quintes de toux fréquentes, *pouls fréquent*, expectoration *copieuse*, puriforme, sueurs nocturnes profuses. Amaigrissement sensible. A l'auscultation, craquements humides, ailleurs, de véritables gargouillements, *surtout vers les sommets*. Ricord conclut à une syphilis pulmonaire. Le traitement par l'iodure de potassium fut suivi d'une guérison complète.

Est-ce bien de la syphilis pulmonaire? Les sueurs nocturnes, le pouls fréquent, probablement compagnon d'une température hypernormale, le siège des gargouillements aux sommets, l'étendue des lésions font plutôt croire à de la tuberculose et la prétendue guérison pouvait bien n'être qu'un temps d'arrêt dû à l'action du traitement convenablement dirigé.

Observation LVII.

Syphilis datant de 16 ans. Tuberculose évoluant depuis 6 mois. 2 sommets malades (*The Lancet*, 1878, THOMPSON).

Edward C..., âgé de 42 ans, a été soldat pendant 10 ans, et a quitté le service depuis 10 ans. A eu un chancre il y a 16 ans. Voix altérée depuis 3 ans. Depuis 6 mois toux fréquente, amaigrissement, sueurs nocturnes. Pas d'hémoptysie.

Etat actuel; septembre 1876: Aphonie. On trouve à la percussion, de la matité s'étendant à deux travers de doigt au dessous des deux clavicules. Absence du murmure vésiculaire. Respiration très rude. Bronchophonie.

Observation LVIII.

Syphilis datant de 10 ans. Tuberculose semblant évoluer depuis 2 ans. 2 sommets malades (The lancet, 1878, THOMPSON).

Charles A..., âgé de 34 ans. Le frère de sa mère est mort tuberculeux. Un de ses frères est également mort tuberculeux. A contracté un chancre il y a dix ans pour lequel il fut traité par les mercuriaux. Il perdit les cheveux. Douleurs frontales. Très amaigri depuis 18 mois. Pas d'hémoptysie. Matité sous les deux clavicules jusqu'à la 3^e côte, surtout du côté gauche. Respiration rude dans les mêmes régions,

Observation LIX.

Syphilis ancienne. 2 sommets malades (THOMPSON).

Elisa M..., 46 ans. A eu de l'aphonie il y a cinq ans. Tousse depuis et a eu des hémoptysies répétées.

Actuellement: dyspnée, amaigrissement, aphonie, ulcérations de l'arrière gorge nettement spécifiques.

Matité sous les deux clavicules. Expiration prolongée aux deux sommets, presque du souffle, surtout au sommet droit

Observation LX.

Syphilis ancienne. Sommet droit malade (THOMPSON).

Louisa B..., 34 ans. Mariée, 4 avortements. Tousse depuis trois mois. Amaigrissement considérable.

Actuellement: Céphalalgie plus prononcée pendant la nuit. Douleurs frontales. Couleur bronzée de la peau. Ulcérations de l'arrière gorge.

Matité sous la clavicule droite et respiration rude au même sommet.

Observation LXI.

Syphilis ancienne. Gomme du poumon gauche. Poumon droit tuberculeux (Gaz. des Hôpitaux, Mai 1879).

M. Gouguenheim, présente à l'Académie de médecine, les deux poumons d'un sujet syphilitique, mort dans son service, à l'Hôtel-Dieu. Ces organes offrent des ulcérations bien différentes. Le poumon *droit* est le siège d'une infiltration tuberculeuse généralisée; les lésions du poumon gauche sont la conséquence de la syphilis. A la base du poumon droit (tuberculeux), se

trouve une masse de tissu calcaire, friable, ramollie à son centre, et due, soit à une regression d'une vieille gomme, soit à la crétification d'un vieil épanchement pleural enkysté. La comparaison entre ces deux poumons est très intéressante, en ce sens qu'elle dévoile à l'œil le plus inexpérimenté une dissemblance profonde des lésions de chacun d'entre eux.

La maladie avait été diagnostiquée pendant la vie. En effet, le malade, homme de 45 ans, avait été traité il y a plus d'un an, d'accidents cutanés, ulcéreux et serpigneux, manifestement syphilitiques, coïncidant avec une phthisie pulmonaire bien avancée du côté droit. La guérison avait été complète au bout de trois à quatre mois de traitement. Le malade revint cette année. Il n'avait pas continué le traitement, qui cette fois, échoua et ne put être supporté. Cet homme atteint de phthisie syphilitique du poumon gauche, succomba à une infiltration tuberculeuse du poumon droit.

Observation LXII.

Syphilis datant de 15 ans. A suivi régulièrement le traitement antisypilitique.

L'affection pulmonaire évolue depuis un an. Sommet droit en voie de ramollissement.

(Thèse G. TESSIER, Paris, 1881).

Ami..., Jules, 38 ans. A eu la syphilis, il y a 15 ans. Traitement anti-syphilitique.

Depuis un an, à la suite d'un chaud et froid, le malade n'a cessé de tousser et depuis le mois de septembre 1879, aphonie presque complète. Forces très diminuées. Appétit relativement bon.

Actuellement: Toux fréquente, expectoration abondante, aphonie.

Poumons: En avant et à droite, bruit de gargouillement.

Observation LXIII.

Tuberculose développée 10 ans après le chancre primitif. Sommet droit induré

(TESSIER).

Joseph Arch..., 43 ans. Sujet aux bronchites. En 1868 il contracta la syphilis et eut toutes les manifestations des accidents secondaires. Depuis deux ans, la toux est devenue plus fréquente, voix éteinte, transpirations nocturnes abondantes. Expectoration jaunâtre, continuelle; submatité au sommet droit. A l'auscultation: craquements.

Observation LXIV.

Chancre contracté à l'âge de 25 ans. A suivi un traitement régulier. Tousse depuis l'âge de 47 ans. Induration du sommet gauche (TESSIER).

Guillaume Serv..., 49 ans. A eu la syphilis à l'âge de 25 ans. A suivi un

traitement mercuriel à cette époque et n'a rien noté de particulier depuis cette époque. Antécédents héréditaires nuls. Depuis deux hivers le malade ne cesse de tousser, à la suite d'un chaud et froid qu'il aurait contracté en travaillant.

Actuellement : Toux fréquente. Expectoration muco-purulente. Le sommet gauche donne de la matité à la percussion, des craquements à l'auscultation. Malade perdu de vue.

Observation LXV.

Chancre syphilitique contracté en 1861. Le malade tousse depuis 1877. Induration du sommet droit (Thèse de MOURE, citée par TESSIER).

Alexandre Pont..., 42 ans. Antécédents héréditaires nuls. Vient à l'hôpital le 20 avril 1879. Pendant son séjour au Mexique (1864), il a eu un chancre induré suivi d'alopécie, de maux de tête et d'éruptions cutanées. Fièvres intermittentes à cette époque. Le malade tousse depuis dix-huit mois, à la suite d'une bronchite qui n'a jamais guéri.

Etat actuel. Très amaigri, affaibli, a peu d'appétit et tousse beaucoup. Expectoration muco-purulente. Fistule à l'anus.

Poumons : Sonorité normale sous la clavicule gauche. Diminution de la sonorité et défaut d'élasticité à droite. Respiration ronflante, craquements secs sous la clavicule droite et dans la fosse sus-épineuse de ce côté.

Observation LXVI.

Chancre syphilitique contracté à l'âge de 16 ans. Début de la tuberculose à l'âge de 47 ans. Le sommet droit et le lobe moyen droit sont ramollis. On ne peut plus instituer de traitement et le malade succombe à l'âge de 48 ans (PANCITUS, p. 150).

X..., médecin, 48 ans. Parents sains. Bien portant jusqu'en 1868, année pendant laquelle il se traita pour de la plethore. Plus tard il eut une hypertrophie du foie, puis il s'établit de l'hydropisie. Enfin depuis quelques mois il tousse, a de la dyspnée et de l'anorexie.

5 janvier 1871. Amaigri, membres inférieurs oedématisés, léger ascite. La moitié droite du thorax s'élève peu, même lors des inspirations profondes. Les deuxième et troisième espaces intercostaux sont aplatis. Dans les régions sus et sous claviculaires et entre les deuxième et quatrième côtes matité prononcée. A l'auscultation, râles humides au sommet ; vers la partie moyenne, respiration caverneuse et râles. Fosse sus-épineuse matte et quelques rares râles ; la région sous épineuse présente un son tympanique et

une respiration amphorique. Plus bas, matité, absence de bruit respiratoire, sibilances. A la base, submatité et respiration diminuée.

Poumon gauche : Sonorité normale, râles vers la partie moyenne. Foie et rate hypertrophiés et douloureux. Urines rares, albumineuses.

Le malade avoue, avoir eu à l'âge de 16 ans, un chancre induré, suivi bientôt d'accidents secondaires. Du reste à l'insertion du prépuce se trouve une cicatrice indurée, de la grosseur d'une lentille. On ne pouvait plus guère employer un traitement antisypilitique.

5 février 1871. Dyspnée très forte. Decubitus dorsal impossible. Toux. Expectoration abondante. Selles régulières. Urine abondante, albumineuse.

20 février 1871. La dyspnée va augmentant. L'œdème s'ulcère et augmente. Le malade meurt le 26 février.

Obse.vation LXVII.

Syphilis contractée en 1850. En 1873, la tuberculose débute. En 1878, les 2 sommets sont indurés, surtout le sommet droit. Le malade meurt en 1878 (PANCITIVS p. 210).

X. . . , 48 ans. En 1850, ulcère dont la nature ne peut être indiquée. En 1853 exanthème et ictère. Avril 1873 : bronchite sans fièvre. Mai 1873 : hypertrophie du foie. En 1873, le professeur Traub diagnostiqua une tuberculose. En 1878, hémoptysie, affaiblissement.

Etat actuel. (18 septembre 1878). Cachectique. Dyspnée. Toux. Expectoration purulente. Appétit normal. Selles régulières. Apyrexie. Poids 70. Sueurs matinales depuis quelques semaines. Le thorax se soulève moins à droite qu'à gauche.

Poumon droit : Submatité dans la région sous-claviculaire jusqu'à la quatrième côte, maxima dans les deuxième et troisième espaces. Au sommet rales fins; dans les deuxième et troisième espaces, râles et craquements secs, murmure vésiculaire diminué. Fosse sus épineuse sonore, rales fins.

De là à l'angle de l'omoplate, matité dont le maximum se trouve à la base de l'omoplate. Rales et respiration rude. Matité dans la région axillaire et respiration affaiblie. A la base en arrière, submatité et quelques râles.

Poumon gauche : Normal en avant. En arrière, submatité dans la fosse sous-épineuse avec respiration faible, partout ailleurs son tympanique et murmure vésiculaire diminué. Foie très hypertrophié : Matité depuis la sixième côte et aboutissant jusqu'à l'ombilic. A la palpation le foie est dur et non bosselé. Rate très hypertrophiée. Ces deux organes sont douloureux à la pression.

Phalanges terminales en massue. Exostoses des tibias, surtout du tibia droit. Urine albumineuse.

15 octobre 1878. Etat général meilleur. Toux moins fréquente. Expectoration facile. Le malade se plaint de pesanteur de la tête et de somnolence. Paralyse de la pupille gauche. Les exostoses du tibia augmentent de volume.

20 novembre 1878. Anasarque. Urine albumineuse. Rales disséminés dans le poumon droit. Fièvre intense : Digitale, quinine, liqueur ammoniacale anisée.

1^{er} décembre 1878. Diarrhée depuis quelques jours. Foie diminué de volume et moins douloureux.

Poumon droit mat : Râles partout du côté gauche. Anasarque généralisée. Fièvre moindre.

18 décembre. — Mort.

Autopsie : Poumon gauche : adhérences faibles en arrière. Hyperhémie. A la partie moyenne, foyers caséux, du volume d'une lentille.

Poumon droit : Vieilles adhérences en arrière, à partir du sommet jusqu'à la cinquième côte. Poumon droit grisâtre, rouge à la base. Au sommet tissu induré, mais aéré. A la partie moyenne se trouve une caverne de la grosseur d'un poing d'enfant et tout autour sont des foyers caséux multiples.

Foie hypertrophié, gras. Rate grosse, dure. Reins hypertrophiés, ayant subi la dégénérescence graisseuse. Capsule facile à enlever. Exostoses des deux tibias.

Observation LXVIII.

Début de la syphilis en 1866. Début de la tuberculose en 1874. En 1878, les deux sommets sont malades. Le malade meurt en 1878 (PANCITUS, p. 214.

X..., officier, 26 ans. Frère mort tuberculeux. A eu en 1866, un chancre mou, qui guérit rapidement. Plus tard, bubon ulcératif et roséole. L'iodure de potassium produisit de bons effets.

1874. — Dyspnée. Une hémoptysie en 1876; toux fréquente avec expectoration, mais l'état général reste satisfaisant. Accès d'asthme.

1877. Toux fréquente, hémoptysies répétées.

Etat actuel 15 février 1878 : Cachectique, amaigri. Ongles hypocratiques. Langue chargée. Pouls 88. Température 38°5. Toux. Expectoration. Douleurs thoraciques. Inappétence. Dyspepsie. Thorax bien conformé, se meut peu lors des inspirations profondes, surtout moins du côté droit. La fosse sous claviculaire gauche est remarquablement creusée.

Poumon droit : Sonorité normale au-dessous de la clavicule. Dans le deuxième espace intercostal qui est très aplati, son tympanique. Sonorité nor-

male de là au foie. Fosse sous-épineuse matte. La matité est maxima dans la région interscapulaire. Sonorité normale à la base et sur le côté latéral droit. A l'auscultation du sommet, tant en avant qu'en arrière, murmure vésiculaire et quelques râles de bronchite. Dans le deuxième espace intercostal : inspiration rude, expiration presque nulle. Au-dessous, respiration régulière. En arrière et surtout dans la région interscapulaire, inspiration très rude, expiration presque nulle. Respiration normale à la base.

Poumon gauche : Matité au-dessous de la clavicule, matité qui se perd de haut en bas. Matité dans les fosses sus et sous-épineuses. Son normal à la base. A l'auscultation, en avant et en arrière, au sommet, râles sous-crépitaux, expiration prolongée, surtout en arrière.

Dans la région scapulaire, respiration bronchique, presque caverneuse. Râles de bronchite.

Muqueuse du pharynx, rouge ; infiltration jaunâtre de l'amygdale gauche. Exotoses douloureuses du tibia gauche ; fièvre remittente : frissons vers midi, fièvre jusqu'à vers cinq heures du soir. Sueurs matinales. Urine rare, foncée, sans albumine. Expectoration abondante, jaunâtre, sanguinolente par moments.

Diagnostic : Phthisie pulmonaire, avec cette réserve, qu'il s'agit peut-être de syphilis pulmonaire droite, et de pneumonie tuberculeuse gauche : Diète. Eaux minérales.

15 mars. — Etat général, meilleur : fièvre moindre. Hémoptysie abondante le 14 mars. Digitale, acide phosphorique.

23 mars. — Même état ; 39°,5, faiblesse très grande. Tous les deux jours, un accès de fièvre. Iodure de fer, quinine, gentiane.

3 mars. — Même état 39°,5, vers midi. La fièvre diminue le soir.

25 mars. — Fièvre très diminuée. Etat général meilleur. Expectoration abondante ; urine claire ; appétit bon ; selles normales ; sueurs matinales disparues.

5 avril. — Le malade se trouve bien mieux ; la fièvre a disparu, les forces reviennent.

8 avril. — L'amélioration continue. Les gommes du tibia croissent. Les lésions de l'arrière gorge diminuent.

Poumon droit : Deuxième espace intercostal très aplati en avant. Son tympanique, inspiration rude, expiration normale. En arrière, matité dans la région inter-scapulaire et bruits respiratoires très affaiblis. Au sommet, respiration vésiculaire ; quelques râles. Base normale.

Poumon gauche : Matité au sommet, en avant et en arrière. Râles. Expiration rude. Base normale. Foie et rate atrophiés. Gommes du tibia diminuées. Exanthème squameux des pieds et du dos.

12 avril 1878. — Nouveaux accès de fièvre ; frissons dans la matinée ; fièvre l'après-midi ; sueurs nocturnes ; expectoration abondante, sanguinolente : Digitale, acide phosphorique, quinine.

20 avril 1878. — Tous les symptômes s'aggravent ; à midi, 39°, pouls : 100. Dyspnée ; Digitale, iodure de potassium.

25 avril. — Fièvre moindre ; état général meilleur ; 40 grammes d'iodure.

20 mai. — Etat général meilleur ; appétit bon ; apyrexie, toux plus rare. Le poumon droit semble en meilleur état ; Matité un peu diminuée en arrière. Les lésions du poumon gauche semblent croître, surtout au sommet gauche ; œdème des membres inférieurs.

6 juin 1878. — Les lésions du poumon gauche vont croissant. La matité du sommet devient plus prononcée. Sueurs matinales. L'œdème augmente. Pas d'albuminurie.

11 juillet 1878. — Le malade mourut. Pas d'autopsie.

Observation LXIX.

Syphilis contractée à l'âge de 18 ans. La tuberculose débute à l'âge de 40 ans, par le sommet droit. 4 ans plus tard, le malade meurt, les 2 sommets étaient pris (PANCITIUS, p. 247).

X..., 40 ans. Pas de tuberculeux dans la famille, composée de personnes âgées. A l'âge de 18 ans, le médecin militaire le traita pour un chancre, par le sublimé. Le malade observa irrégulièrement le traitement ; ses enfants sont scrofuleux.

Etat actuel 1862 : Etat général satisfaisant, bonne constitution. Thorax bien conformé. Hypertrophie du lobe gauche du foie. Matité de la région inter-scapulaire droite, et respiration diminuée. Nodules hémorrhoidaux, ni toux, ni dyspnée.

1863. — Depuis le printemps, toux catarrhale, parfois crachats sanguinolents. Amaigrissement. Toux fréquente, surtout vers le soir. Est vite essoufflé par la marche. Expectoration catarrhale.

Poumon gauche sain. Poumon droit : En avant dans le deuxième espace intercostal matité prononcée, respiration rude. Fosse sus épineuse : sonorité normale, râles humides. Région sous-épineuse : matité et murmure vésiculaire diminué avec expiration presque nulle.

Hypertrophie du lobe gauche du foie. Foie douloureux à la pression. Appétit bon. Selles régulières. Urine abondante, dépose. Le médecin traitant pose le diagnostic de tuberculose du poumon droit. Pancritius pensa à une pneumonie chronique droite du lobe moyen et à un catarrhe chronique du lobe supérieur.

Fin décembre 1863. — Toux sèche. Dyspnée pendant la marche ou pendant que le malade parle. Inappétence. Amaigrissement. Matité dans le deuxième espace intercostal du poumon droit, avec respiration bronchique. Dans la région sous-épineuse, matité avec diminution du bruit respiratoire. Au sommet quelques râles humides. Sonorité presque normale.

Hypertrophie du lobe gauche du foie. Les symptômes diminuent d'intensité. Mais le 30 mars 1863, surviennent des frissons et une fièvre intermittente. Toux fréquente. Soif vive.

1^{er} juin 1864. — Dyspnée. Toux fréquente. Le poumon droit présente les lésions déjà connues. Le poumon gauche sain jusqu'alors, présente dans la région sous-épineuse de la matité sur une surface correspondant à celle du creux de la main. Sonorité normale au sommet et à la base.

Dans la région matée, absence de râles, mais inspiration faible et expiration nulle. Le décubitus latéral gauche occasionne une toux fréquente : Rhubarbe, carbonate de magnésie, digitale, frictions mercurielles.

7 juin 1864. — Fièvre moindre. Pouls 88. Même traitement.

10 juin. — Les lésions pulmonaires gagnent en étendue.

28 juin. — *Poumon droit* : Même état. — *Poumon gauche* : Son tympanique et respiration caverneuse dans la fosse sous-épineuse. Expectoration purulente.

Diagnostic du professeur Frerichs : infiltration tuberculeuse du sommet droit et du sommet gauche avec caverne du lobe supérieur droit.

26 juin. — Fièvre, frissons, sueurs matinales.

1^{er} août. — Fièvre plus intense. A plusieurs reprises, frissons pendant la journée. Matin, pouls 100. Soir, 120. Sueurs matinales. Toux. Dyspnée. Urine sans albumine.

Poumon droit : En avant, matité allant depuis la clavicule jusqu'à la cinquième côte, maxima dans le deuxième espace. Au sommet, râles fins et murmure vésiculaire affaibli. Respiration rude dans le deuxième espace. Murmure vésiculaire affaibli à la base. En arrière, matité diffuse du sommet à la base. Râles fins au sommet. Respiration caverneuse vers l'épine de l'omoplate. Râles à la base.

Poumon gauche : Matité de la région interscapulaire. Tympanisme et respiration caverneuse au-dessous de l'épine de l'omoplate. Respiration irrégulière au sommet en arrière. En avant, matité au sommet et respiration rude.

De la deuxième à la troisième côte, matité et râles. Les deux poumons se soulèvent peu, surtout le droit.

Foie et rate réguliers mais sensibles à la pression.

Exanthème squameux, brun, lenticulaire, de nature nettement syphilitique, des membres inférieurs.

Le malade avoue avoir eu un chancre il y a vingt ans.

8 août 1864. — Abscess de l'arrière gorge. Voix enrouée, fièvre, œdème des membres inférieurs.

11 août 1864. — Mort.

Autopsie : Poumon droit grisâtre. Tumeurs nombreuses sur sa paroi antérieure. En haut et en arrière, adhérences solides, surtout au sommet. Poumon gauche plus clair, surface bosselée. Pas d'adhérences. Léger épanchement pleurétique. Le parenchyme du poumon droit est dur de haut en bas. Au sommet droit, tissu fibreux grisâtre, parsemé de points indurés, à contenu jaunâtre. Dans le lobe moyen est une caverne du volume d'un œuf d'oie, à contenu purulent, à parois indurées, irrégulières. De plus, noyaux indurés et de nombreuses cavernules, diminuant de volume vers la base.

Le poumon gauche a une structure moins ferme. Noyaux caséux au sommet. Dans la partie inférieure du lobe supérieur, se trouve une caverne du volume d'un œuf de poule, à parois moins indurées. De plus, noyaux caséux allant en diminuant du sommet à la base. Superficiellement, la base est saine, mais à la section verticale, on constate 3 zones distinctes : l'inférieure saine mais congestionnée, la moyenne à l'état d'hépatisation rouge, la supérieure à l'état d'hépatisation grise.

Foie hypertrophié dépassant les fausses côtes de 3 travers de doigt. Le lobe gauche recouvre la rate. Sa surface est lisse, de couleur brune. Lobes moyen et gauche cirrhotiques. Lobe droit gras. Reins normaux.

Observation LXX.

Chancre syphilitique contracté en 1849. Début de la tuberculose en 1868. Poumon gauche seul malade. En 1869, le poumon droit est pris à son tour. Exostoses des tibias. Mort en 1869 (PANCITUS).

X..., 43 ans. Parents âgés, bien portants. Sœur en bonne santé. Ses deux enfants sont scrofuleux. Leur mère est bien portante.

Juillet 1868. — Toux, douleur dans le côté gauche. Crachats sanguinolents. Langue chargée. Matité dans la fosse sous-épineuse gauche, allant jusqu'à la base. Sommet sonore. Dans la région interscapulaire respiration bronchique, râles crépitants.

Septembre 1868. — Hémoptysie. Apyrexie.

Avril 1869. — Depuis quelques semaines, toux sèche. Frissons répétés suivis de fièvre. Inappétence. Langue blanche. Pouls 120. Urine rare.

Poumon gauche : Se développe peu ; en avant dans les deuxième et troisième espaces intercostaux, matité prononcée et respiration affaiblie. Dans la région sous-épineuse gauche, matité jusqu'à 3 centimètres au-dessous de

l'angle de l'omoplate et sur les côtés, jusqu'à la ligne axillaire. Bronchophonie et pectoriloquie. Au sommet et à la base sonorité normale. Respiration rude.

Poumon droit normal ; Foie et rate hypertrophiés.

Traitement : Digitale. Frictions mercurielles,

Mai 1869. — En avant et à gauche matité dans le deuxième espace et respiration rude. Au sommet sonorité normale, quelques râles sous-crépitaux. Mêmes symptômes dans la fosse sus-épineuse. Au-dessous de l'épine de l'omoplate, matité, respiration rude, amphorique presque. Quelques râles.

Dans la fosse sous-épineuse droite, submatité et murmure vésiculaire faible. Depuis quelques jours, douleurs pendant la nuit, dans les coudes et les tibias. Les condyles internes des humérus sont hypertrophiés et douloureux à la pression.

Gommes assez considérables de chaque tibia, surtout du tibia gauche. Le malade avoue avoir eu, en 1849, un chancre mou, qui dura trois semaines, et guérit facilement. En 1851, il avait eu un bubon suppuré. Traitement, iodure de potassium.

Juin 1869. — Va mieux. Toux diminuée. Gommes plus petites.

Août 1869. — Cachectique. Urine albumineuse. Oedème des membres inférieurs. Toux. Expectoration purulente, sueurs nocturnes. Pouls 110. Le poumon gauche se développe à peine. Dépression du sommet et des deuxième et troisième espaces. Les espaces inter-costaux de la base sont, au contraire, saillants. Matité au sommet, en avant; tympanisme dans les deuxième et troisième espaces, et respiration caverneuse. En arrière, fosse sus-épineuse matte; râles humides. A partir de la sixième côte, matité et absence du murmure vésiculaire.

Poumon droit, normal, si ce n'est de la matité dans la région sous-épineuse et une respiration rude dans cette même région. Les lésions osseuses ont disparu. Traitement : Iodure de fer, quinine.

15 septembre 1869. — Dyspnée intense. Décubitus latéral droit impossible. Expectoration purulente, infecte; fièvre, sueurs matinales. Oedème des membres inférieurs. Albuminurie.

Poumon gauche : Thorax très dilaté à la base; espaces intercostaux inférieurs très saillants. Pyothorax gauche. A droite : matité sous-claviculaire et râles humides. La fosse sous-épineuse est matte et la respiration y est rude. La malade est morte le 12 octobre 1869.

Autopsie : Epanchement purulent à gauche. Au sommet, quelques vestiges du poumon, adhérents à la plèvre, de structure ferme et parsemés de noyaux caséeux. La cavité thoracique de ce côté ne contient plus de poumon à part ces débris, mais renferme du pus. Carie des cinquième et sixième côtes.

Le poumon droit remplit la moitié droite de la cavité thoracique. Gris au

sommet et dans sa partie moyenne, rougeâtre à la base. Adhérences peu solides en arrière. Sommet aéré, tissu ferme, grisâtre, parsemé de foyers caséeux, variant du volume d'une lentille à celui d'une noix. A la base, noyaux indurés nombreux et quelques petits noyaux caséeux. Le foie dépasse les fausses côtes de trois travers de doigt. La surface est lisse. Le parenchyme du lobe droit est peu ferme, à l'aspect du foie gras. Le lobe gauche est de structure plus ferme, et parsemé de parties jaunes. Ce lobe est atrophié. selon deux médecins présents, ajoute Pancritius, les lésions étaient celles de la tuberculose ordinaire.

Observation LXXI.

Chancre contracté à l'âge de 24 ans. Se traita pendant 2 ans. Toussa vers l'âge de 30 ans. A l'âge de 32 ans, on constatait une caverne au sommet gauche et de l'induration au sommet droit. Sous l'influence de l'iodure de potassium, le malade guérit (Annales de dermat. et de syphil., mai 1883. ENGEL).

Homme âgé de 32 ans, paraissant être à la troisième période de la tuberculose, lorsqu'on le vit pour la première fois en 1881.

Poitrine: Plate ; toux caverneuse. A 24 ans il avait eu un chancre qui fut suivi d'une éruption syphilitique, de maux de gorge et d'alopécie. Il fut traité pendant deux ans et guérit de ces accidents. Vers l'âge de 30 ans, douleurs ostéocopes vives, surtout la nuit, puis une ulcération se forma sur le tibia gauche. En 1880, il commença à tousser ; puis maigrit, eut des sueurs nocturnes, et pendant deux mois cracha le sang et des masses d'un brun rougeâtre. A gauche, au-dessous de la clavicule, on trouvait de la matité et tous les signes d'une excavation. Au sommet droit l'expiration était prolongée et on y entendait, ainsi qu'en arrière des deux côtés, des râles secs et humides. Les ongles n'étaient pas hippocratiques. Ce dernier signe joint à l'ulcère de jambe fit faire au docteur Engel le diagnostic de lésion syphilitique. Sous l'influence des frictions mercurielles et d'administration d'iodure de potassium, le malade guérit. »

Ce diagnostic basé sur l'absence d'ongles hippocratiques et de lésions concomitantes de syphilis tertiaire, laisse à désirer. Peut-être l'efficacité du traitement serait-elle une raison plus sérieuse, mais encore faudrait-il savoir si les symptômes physiques avaient disparu, et combien de temps cette prétendue guérison s'est maintenue. La marche rapide de l'affection, la localisation aux deux sommets, l'état général mauvais font plutôt croire à l'existence d'une tuberculose heureusement influencée par un traitement convenablement dirigé et ayant subi un temps d'arrêt dans son évolution.

Observation LXXII

Tuberculose développée 17 ans après le début de la syphilis. 2 sommets indurés.

Ulcération tuberculeuse de la langue, ne disparaissant pas sous l'influence du traitement (auparavant la langue avait été à deux reprises affectée de gommes syphilitiques qui avaient cédé au traitement) (communiquée par M. SPILLMANN).

X..., peintre, a contracté un chancre syphilitique en 1867 à l'âge de 24 ans. Accidents secondaires légers. Traitement absolument incomplet. S'est marié 4 ans après le chancre et a eu 4 enfants : le 1^{er} vit encore ; c'est une fillette de 12 ans, bien portante ; le 2^e est idiot et épileptique ; un 3^e est mort de méningite tuberculeuse ; le 4^e vit et est bien portant. Mais avant la naissance de cet enfant, le père avait suivi un traitement spécifique.

Il y a 5 ans, apparition d'une gomme à la langue, avec épaissement scléreux de cet organe. Lediagnostic ne faisait aucun doute, d'autant plus qu'il existait une périostose spécifique ancienne du tibia gauche : frictions mercurielles. Iodure de potassium à hautes doses. Disparition des accidents.

L'année suivante, récurrence loco dolenti. Le malade commence à tousser et à maigrir. Cependant il n'y a pas encore de symptôme manifeste du côté des sommets.

Un séjour à Uriage, où le malade est soumis à des frictions et au traitement ioduré, fait disparaître complètement l'infiltration gommeuse de la langue.

L'état général est très bon et le malade passe assez bien l'hiver. Au printemps 1883, le malade se met de nouveau à tousser, maigrit, a de temps en temps des accès de fièvre. Puis survient, à la suite de douleurs lancinantes et intolérables de la langue, une ulcération irrégulière, qui aujourd'hui atteint environ 0^m03 de long sur 0^m01 de large. On perçoit au fond de cette ulcération des granulations blanchâtres. De plus, cette ulcération donne lieu à une suppuration assez abondante. Les frictions mercurielles et l'iodure de potassium n'ont en rien modifié cette dernière lésion, qui a une marche envahissante.

Le malade a maigri considérablement. Il a de la diarrhée, des accès fébriles et de l'induration des deux sommets.

Cette observation nous a paru intéressante à relater à ce point de vue, qu'elle nous montre, outre les accidents de syphilis héréditaire, que nous avons déjà signalés, l'apparition d'une tuberculose survenant chez un individu atteint de syphilis tertiaire évidente. De plus, nous constatons l'apparition d'une ulcération tuberculeuse de la langue, survenue sur cet organe, qui avait été préalablement et à deux reprises différentes, atteint de gommes qui avaient disparu d'une façon complète, sous l'influence du traitement mercuriel et ioduré.

Observation LXXIII.

Syphilis datant de 10 ans. Induration des deux sommets, surtout du sommet droit, datant de quelques mois (recueillie par M. Boiteux).

N..., âgé d'environ 35 ans, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie à Lille, au service de M. le professeur Houzé d'Haulnoye, pendant l'été de 1880, pour une plaie de la partie inférieure et latérale de la jambe droite. Au moment de son arrivée, il paraît légèrement amaigri, mais jouit encore d'une certaine vigueur et n'a jamais gardé le lit. Interrogé au point de vue des antécédents, il n'accuse dans sa famille aucune maladie héréditaire, mais, avoue avoir contracté la syphilis il y a deux ans, et avoir subi un traitement approprié. Les accidents secondaires ont été peu prononcés (chûte de cheveux seulement). La profession du malade lui permet de vivre sans privations. La plaie de la jambe siège un peu au-dessus de la malléole externe, et a succédé à un traumatisme violent. Elle est assez profonde, de la surface d'une pièce de cinquante centimes, et le fond présente un orifice qui laisse pénétrer le stylet jusqu'à l'os. A ce moment, le malade ne se plaignant pas d'ailleurs, l'examen de la poitrine n'est pas pratiqué.

Traitement : Repos, médicaments mercuriels, pansement antiseptique.

Ce traitement est continué pendant un mois sans résultat. La plaie de la jambe s'étend en avant de la malléole, du côté de l'articulation. Le malade maigrit, et l'on s'aperçoit alors de l'existence d'une toux sèche, qu'il dit avoir commencé plusieurs mois avant son entrée à l'hôpital. L'auscultation révèle au sommet gauche une inspiration rude, et à droite, une expiration nettement soufflée.

A partir de ce moment, la faiblesse va augmentant. Le malade ne quitte son lit que quelques heures par jour, et bientôt surviennent des sueurs nocturnes accompagnées d'alternatives de constipation et de diarrhée. Il reste encore un mois à l'hôpital, puis il est emmené, par ses parents, dans le midi de la France, dans l'espoir d'une guérison plus prompte.

Au moment de son départ on constate nettement, au sommet gauche, l'existence de râles humides, et le sommet droit présente les mêmes symptômes que lors du premier examen, c. à d. une expiration soufflée.

Observation LXXIV.

Syphilis contractée en 1870. Traitée pendant 5 ans. Tuberculose évoluant depuis 1880. Induration du sommet droit et du poumon gauche. Persounelle (recueillie au service de M. le professeur BERNHEIM, salle 13, n° 16).

Mme V..., journalière, âgée de 34 ans. Mère morte tuberculeuse à l'âge de 25 ans.

Bien portante jusqu'à l'âge de 20 ans. Réglée depuis l'âge de 15 ans, elle l'a toujours été d'une manière régulière jusqu'à 20 ans (1870), époque à laquelle elle contracta la syphilis et fut traitée pendant 3 ans (pilules de protoiodure de mercure et iodure de potassium). Les accidents secondaires restèrent bénins et ne se manifestèrent que par une légère roséole sur l'abdomen, quelques syphilides papulo squameuses sur les membres et sur le tronc et par une alopécie peu intense. A partir de 1870, elle s'enrhumait chaque hiver (avant 1870 elle n'avait jamais toussé). Les règles revenaient à des intervalles irréguliers, tantôt abondantes, tantôt presque nulles. En 1877 elle fut de nouveau soumise au même traitement pendant 2 ans ; à ce moment elle présentait des ganglions suppurés du cou. Le traitement la rétablit : Elle allait bien, toussait peu. En 1880 elle fut atteinte d'une bronchite qui dura deux mois : la toux était fréquente, l'expectoration abondante. Durant deux mois, elle avait journellement de légères hémoptysies.

Points de côté. Sueurs nocturnes. Cependant elle se rétablit à peu près. La toux persista. Les sueurs nocturnes disparurent. L'appétit se conserva.

Elle entre à l'hôpital le 8 mai 1884, pour une typhlite, qui guérit au bout de quelques jours.

Etat actuel : La malade dit avoir maigri depuis 1876, mais c'est surtout depuis 6 mois que ses forces diminuent. Cependant l'appétit est resté excellent et elle se nourrit bien. Ni vomissement, ni diarrhée. Elle tousse peu, l'expectoration peu abondante est muco-purulente. Points de côté fréquents. Sueurs nocturnes profuses.

A l'examen physique on constate : En avant, creux sus et sous-claviculaires légèrement marqués à gauche, plus prononcés à droite. La sonorité est normale au sommet gauche, Submatité du premier espace du côté droit ; la percussion y est douloureuse. A l'auscultation : inspiration normale, expiration légèrement prolongée au sommet gauche.

Inspiration rude, expiration soufflée au sommet droit. Pas de râles.

En arrière : Fosses sus-épineuses peu sonores. Submatité dans la fosse sous-épineuse gauche et à la base gauche. Sonorité normale dans les mêmes régions du côté droit. Respiration régulière à droite. A gauche, affaiblissement du murmure vésiculaire dans toute la hauteur. — Cœur normal. Foie non hypertrophié. Le tracé pris pendant 7 jours, a donné une température matinale variant de 37°6 à 38°, et une température vespérale de 38° à 39°.

Observation LXXV.

Syphilis ancienne. Hémiplegie gauche et épilepsie jacksonnienne du même côté, amendées sensiblement par le traitement antisypilitique. Vaste caverne au sommet gauche, induration du sommet droit. Tuberculose actuellement stationnaire (Personnelle. Recueillie au service de M. le professeur BERNHEIM. — M. le docteur GANZINOTTY, chef de clinique, a bien voulu nous donner les antécédents).

Julie R..., brodeuse, âgée de 46 ans. Parents morts âgés. A été bien portante pendant son enfance. Réglée depuis l'âge de 14 ans, elle l'a toujours été régulièrement jusqu'à l'âge de 42 ans. Pas d'habitudes alcooliques. Non mariée. N'a pas d'enfants.

Elle a été une première fois à l'hôpital Saint-Charles en 1882. En ce moment elle a présenté une hémiplegie et une hémianesthésie complètes, sensitivo-sensorielle, avec perte du sens musculaire, du côté gauche. De plus, prolapsus de la paupière supérieure gauche. L'hémianesthésie est guérie par quelques applications de l'aimant. Les autres symptômes persistent. La malade présente un état psychique particulier, une sorte d'hébétude, une mauvaise humeur habituelle. Comme la malade présentait des symptômes d'épilepsie jacksonnienne, on a pensé à de la syphilis cérébrale. Cependant la malade n'a jamais avoué la syphilis. Soumise à un traitement spécifique (frictions mercurielles et iodure de potassium) les convulsions ont bientôt diminué en intensité et en fréquence. Depuis ce temps, la malade a passé pour sypilitique ; elle n'a cependant présenté ni gomme, ni aucune lésion tertiaire apparente. A ce moment il y avait apyrexie et les sommets étaient indemnes.

La malade revint une deuxième fois au service, en octobre 1884, et y fit un séjour de quelques semaines. On diagnostiqua une induration tuberculeuse des deux sommets, prédominante à gauche. La malade toussait depuis quelques mois, avait eu quelques hémoptysies. Sueurs nocturnes. Diarrhée. Le tracé thermique oscillait entre 36°5 et 38°5. Evolution tuberculeuse lente. Hémiplegie incomplète, sans hémianesthésie, avec quelques convulsions épileptiformes, soit dans tout le côté gauche, soit dans le membre supérieur gauche, soit dans les trois premiers doigts. L'attaque n'était pas accompagnée de perte de connaissance. Enfin, la malade revint à l'hôpital, il y a quelques mois.

Etat actuel du 19 mai 1884. — Membre supérieur gauche incomplètement paralysé. Membre inférieur gauche plus faible que le droit, cependant assez fort pour permettre la marche. Chute de la paupière supérieure gauche. Nuage devant l'œil gauche. Surdité de l'oreille gauche. Pas de déviation de

la face. Pas d'anesthésie. Convulsions épileptiformes plus rares, se produisant environ 2 à 3 fois par mois.

Appétit conservé. Pas de diarrhée.

Toux fréquente, expectoration abondante, muco-purulente. M. le docteur Ganzinotti, y constate la présence du bacille de la tuberculose.

Cavité thoracique bien conformée. Fosse sus-claviculaire gauche un peu marquée.

En avant : Sonorité normale au sommet droit. Matité des trois premiers espaces gauches.

Inspiration rude, expiration prolongée au sommet droit.

Gargouillements au sommet gauche.

En arrière : Matité dans la fosse sus-épineuse gauche, sonorité normale partout ailleurs.

Sibilances dans toute la hauteur à droite, où l'inspiration est rude et l'expiration prolongée.

Gargouillements dans les fosses sus et sous-épineuses gauches. Toux et voix cavernieuses.

Cœur normal : Foie non hypertrophié. Urines normales.

Traitement : Bromure de potassium. quinquina.



TABLEAU D'OBSERVATIONS

1^{er} GROUPE (Tuberculose primitive)

NUMÉROS D'ORDRE. — OBSERVATIONS.	AUTEURS.	INTERVALLE DE TEMPS compris entre le début de la tuberculose et le début de la syphilis.	MARCHE DES DEUX AFFECTIONS. INFLUENCE DU TRAITEMENT ET TERMINAISON.
I.	TESSIER.	20 ans.	La marche lente d'abord devient plus rapide lors de l'infection vénérienne.
II.	SPILLMANN.	Quelques mois.	Le traitement relève l'état général pendant quelques mois. Accidents syphilitiques bénins. Mais le malade succombe un an après le début de la syphilis.
III.	ROHMER.	2 ans.	La syphilis reste bénigne. L'évolution tuberculeuse reste stationnaire; l'état général est amélioré.
IV.	PERSONNELLE.	3 ans.	Syphilis non traité. Syphilis bénigne. Marche de la tuberculose accélérée. Soumise trop tard (cavernes déjà formées aux deux sommets) au traitement, qui reste sans effet, qui semble même aggraver les lésions pulmonaires et qu'on dut supprimer. La malade meurt un an après l'infection vénérienne.

2^e GROUPE (Syphilis primitive)

(A) CAS GRAVES

NUMÉROS D'ORDRE. — OBSERVATIONS.	AUTEURS.	INTERVALLE DE TEMPS compris entre le début de la syphilis et le début de la tuberculose.	MARCHE DES DEUX AFFECTIONS. INFLUENCE DU TRAITEMENT ET TERMINAISON.
V.	Ch. LÉPINE.	5 ans	Syphilis non traitée. Après son entrée à l'hôpital, la syphilis est heureusement influencée par le traitement; mais la tuberculose suit sa marche aiguë et le malade meurt 6 ans après l'infection syphilitique.
VI.	VAGNER.	?	Malade morte à l'âge de 32 ans. Dégénérescences syphilitiques des parties molles et osseuses. Cavernes aux deux sommets.
VII, VII, IX	LANCEREAUX.	?	Trois cas de tuberculose à marche aiguë, consécutive à la syphilis.

MUMÉROS D'ORDRE. — OBSERVATIONS.	AUTEURS.	INTERVALLE DE TEMPS compris entre le début de la syphilis et le début de la tuberculose.	MARCHE DES DEUX AFFECTIONS. INFLUENCE DU TRAITEMENT ET TERMINAISON.
X.	LEBERT.	?	Tuberculose à marche aiguë chez un enfant de 8 ans, consécutive à la syphilis.
XI.	LACAZE.	2 ans.	Syphilis traitée dès le début. Les accidents syphilitiques s'amendent, mais la tuberculose évolue et emporte le malade deux ans après son apparition.
XII.	HIRSCHFELD.	Quelques mois.	Marche rapide de la tuberculose; 2 sommets pris; tuberculose intestinale. Mort un an après le début.
XIII.	AUFRECHT.	Tuberculose éclore pendant les accidents secondaires.	Malade morte de granulie pendant les accidents secondaires.
XIV.	Id.	?	Malade morte à l'âge de 27 ans, pendant les accidents tertiaires. Tubercules miliaires du péritoine.
XV.	MAC SWINEY.	3 ans.	Les deux affections restent bénignes aussi longtemps que le malade se traite. Le malade cesse de suivre aucun traitement et meurt 8 ans après le début du chancre syphilitique.
XVI.	ALISON.	La tuberculose éclate vers la fin de la période secondaire de la syphilis.	Il suit irrégulièrement le traitement spécifique. Les lésions pulmonaires s'étendent. Le malade meurt au bout de quelques mois. Cavernes à la partie moyenne des deux poumons.
XVII.	Id.	La tuberculose débute pendant les lésions secondaires.	Le traitement reste sans effet et la malade meurt au bout de trois mois. Cavernes aux deux sommets.
XVIII.	COLOMIATTI.	?	Malade morte de tuberculose généralisée pendant la période secondaire de la syphilis.
XIX.	RANDROHR.	?	Malade mort 5 ans après le début de la syphilis. Cavernes aux sommets. Tuberculose intestinale.
XX.	THOMPSON.	Tuberculose développée pendant la période secondaire de la syphilis.	Amélioration des deux affections sous l'influence du traitement spécifique.
XXI.	Id.	Id.	2 sommets malades.
XXII.	Id.	Id.	Id.
XXIII.	TESSIER.	?	Syphilitique à l'âge de 30 ans. Les deux sommets sont pris à l'âge de 40 ans. Traitement sans effet.
XXIV.	Id.	4 ans.	Deux affections suivant une marche lente. Deux sommets malades.
XXV.	Id.	2 ans.	Id. Sommet gauche malade.

NUMÉROS D'ORDRE. — OBSERVATIONS.	AUTEURS.	INTERVALLE DE TEMPS compris entre le début de la syphilis et le début de la tuberculose.	MARCHE DES DEUX AFFECTIONS.
XXVI.	TESSIER.	8 ans.	Marche aiguë de l'affection pulmonaire. Cavernes aux deux sommets.
XXVII.	Id.	1 an.	Sommet droit.
XXVIII.	Id.	4 ans.	Id.
XXIX.	Id.	8 ans.	Id.
XXX.	id.	4 ans.	Deux sommets.
XXXI.	MOURE.	4 mois.	Id.
XXXII.	PANCITUS.	4 ans.	Id. Pas de traitement spécifique. Le malade meurt 6 ans après le début de la syphilis.
XXXIII.	Id.	Quelques mois.	L'affection pulmonaire est heureusement influencée par le traitement. Le malade cesse d'être traité et meurt un an après avoir contracté le chancre.
XXXIV.	Id.	Id.	Poumon droit. Le malade meurt la même année.
XXXV.	Id.	2 ans.	Le traitement institué tardivement, pendant la deuxième année de la tuberculose reste sans effet. Le malade meurt 4 ans après avoir contracté la syphilis. Altération tuberculeuse des deux lobes supérieurs droits.
XXXVI.	Id.	Id.	La tuberculose aboutit à l'issue fatale au bout de 4 ans. Le malade n'a pas suivi de traitement spécifique. Deux poumons malades.
XXVII.	Id.	Id.	Sous l'influence du traitement, la tuberculose reste limitée aux deux lobes supérieurs droits pendant 10 ans. A ce moment le poumon droit est pris également et le malade meurt.
XXXVIII.	Id.	1 an.	Le traitement ioduré ralentit peu la marche de l'affection pulmonaire qui, emporte le malade au bout de 2 ans.
XXXIX.	id.	5 ans.	Le traitement spécifique n'est institué que quand les deux sommets sont pris. Le malade meurt dans la troisième année de sa tuberculose.
XXI.	PETIT.	Id.	Le traitement spécifique instituée au moment de l'éclosion de l'affection tuberculeuse resta sans effet, et le malade mourut au bout de quelques mois.
XLI.	SPILLMANN.	Quelques mois.	Est traité, mais suit une mauvaise hygiène et succombe au bout de la première année.

NUMÉROS D'ORDRE. — OBSERVATIONS.	AUTEURS.	INTERVALLE DE TEMPS compris entre le début de la syphilis et le début de la tuberculose	MARCHE DES DEUX AFFECTIONS. INFLUENCE DU TRAITEMENT ET TERMINAISON.
XLII.	SPILLMANN.	Quelques mois.	Traité dès le début Accidents secondaires répétés. Induration des deux sommets. Traitement spécifique. Tuberculose stationnaire actuellement.
XLIII.	PERSONNELLE.	Id.	Se traita irrégulièrement. Les deux sommets se prirent quelques mois après le début de la syphilis.
XLIV.	Id.	5 ans.	Négligea de se traiter et mourut 6 ans après avoir contracté la syphilis.

(B) CAS LÉGERS

NUMÉROS D'ORDRE. — OBSERVATIONS.	AUTEURS.	INTERVALLE DE TEMPS compris entre le début de la syphilis et le début de la tuberculose	MARCHE DES DEUX AFFECTIONS. INFLUENCE DU TRAITEMENT ET TERMINAISONS.
XLV.	WAGNER.	?	Syphilis ancienne. Malade mort à l'âge de 58 ans. Deux poumons tuberculeux.
XLVI.	Id.	?	Syphilis ancienne. Malade mort à l'âge de 34 ans. Deux poumons tuberculeux.
XLVII.	Id.	?	Syphilis ancienne. Mort à l'âge de 46 ans. Tuberculose intestinale. Deux sommets tuberculeux.
XLVIII.	Id.	?	Syphilis ancienne. Mort à 39 ans. Deux sommets altérés.
XLIX.	GODHART.	?	Syphilis ancienne. Malade morte à l'âge de 50 ans. Gomme du poumon et tuberculose pulmonaire.
L.	CARLIER.	15 ans.	La tuberculose suit une marche subaigue et le malade est emporté 5 ans après le début de l'affection pulmonaire. Les deux sommets sont altérés.
LI.	Id.	?	Syphilis ancienne. 2 sommets tuberculeux.
LII.	COLOMIATTI.	40 ans.	Traitement négligé. Accidents syphilitiques de la peau. Deux poumons malades. Tuberculose intestinale.
LIII.	Id.	10 ans.	La tuberculose suit une marche aiguë et emporte la malade un an après s'être développée.

NUMÉROS D'ORDRE. — OBSERVATIONS.	AUTEURS.	INTERVALLE DE TEMPS compris entre le début de la syphilis et le début de la tuberculose.	MARCHE DES DEUX AFFECTIONS. INFLUENCE DU TRAITEMENT ET TERMINAISON.
LIV.	R. LEPINE.	9 ans.	Induration des deux sommets. Le malade meurt 9 ans après le chancre primitif.
LV.	WARFRING.		Syphilis ancienne. Noyaux caséeux aux sommets. Tuberculose intestinale.
LVl.	DU MOTEL.		Syphilis ancienne. Tuberculose récente guérie par le traitement spécifique.
LVII.	THOMPSON.	16 ans.	2 sommets malades.
LXVIII.	Id.	8 ans.	Id.
LVIX.	Id.	Syphilis ancienne.	Id.
LX.	Id.	Id.	Sommet droit malade.
LXI.	GOUGUENHEIM	Id.	Gomme du poumon gauche. Tuberculose du poumon droit.
LXII.	TESSIER.	14 ans	Traitement mal suivi. Sommet droit affecté.
LXIII.	Id.	10 ans.	Sommet droit.
LXIV.	Id.	22 ans.	Traitement régulièrement suivi. Induration du sommet gauche.
LXV.	MOURE.	17 ans.	Induration du sommet droit.
LXVI.	PANCITIUS.	31 ans.	Non traité. Quand le malade vient à l'hôpital, les lésions sont trop avancées pour instituer le traitement anti-syphilitique et la mort survient un an après l'éclosion de la tuberculose.
LXVII.	Id.	23 ans.	Le malade meurt 5 ans après le début de la tuberculose. Les deux sommets sont pris.
LXVIII.	Id.	8 ans.	Le malade meurt 4 ans après le début de la tuberculose sans avoir suivi de traitement spécifique. Deux sommets malades.
LXIX.	Id.	22 ans.	Le malade a suivi un traitement, mais très irrégulièrement. Il meurt 4 ans après l'éclosion de l'affection pulmonaire. Deux sommets malades.
LXX.	Id.	19 ans.	Au moment de l'éclosion de la tuberculose, le traitement spécifique reste sans effet et le malade meurt au bout d'un an; les deux poumons sont pris.
LXXI.	HUGO ENGEL	6 ans.	Le malade ne s'est traité que 2 ans. Deux sommets malades. Guérison sous l'influence du traitement.
LXXII.	SPILLMANN.	17 ans.	Traitement suivi d'une manière irrégulière. Ulcération tuberculeuse de la langue. Induration des deux sommets. Le traitement reste sans effet.

NUMÉROS D'ORDRE. — OBSERVATIONS.	AUTEURS.	INTERVALLE DE TEMPS compris entre le début de la syphilis et le début de la tuberculose.	MARCHE DES DEUX AFFECTIONS. INFLUENCE DU TRAITEMENT ET TERMINAISON.
LXXIII.	BOITEUX.	10 ans.	A été traité dès le début de la syphilis. Lors du début de la tuberculose, le traitement spécifique reste sans effet. Deux sommets malades.
LXXIV.	PERSONNELLE.	10 ans.	Syphilis traitée pendant 5 ans. Tuberculose à marche lente, évoluant depuis 4 ans. Sommet droit et poumon gauche indurés.
LXXV.	Id.	17 ans.	Hémiplégie gauche et épilepsie jaksonnienne du côté gauche, amendées par le traitement anti-syphilitique. Tuberculose à marche lente. Caverne au sommet gauche. Induration du sommet droit.

DIAGNOSTIC

La plus grande analogie existe entre la syphilis pulmonaire et la tuberculose chez un syphilitique. La gomme et le tubercule sont tous deux constitués par des éléments de tissu conjonctif et ne sont pas vasculaires. Les deux affections sont inoculables, se généralisent à la façon des maladies infectieuses; enfin, la marche des deux maladies présente de grandes ressemblances: périodes très régulières, se suivant dans un ordre toujours le même, procédant, soit par marche continue, soit par poussées. Dans ses leçons à la Pitié, M. Debove dit: « Il y a une analogie remarquable entre la marche des deux affections, essentiellement chroniques, restant silencieuses pendant plusieurs années, puis au moment où l'on croyait la guérison assurée, reprendre une nouvelle intensité et donner lieu aux lésions les plus variées. »

De plus, il est des formes dans lesquelles les caractères sont altérés par un mélange des lésions anatomiques et des symptômes des deux affections. C'est ce qui a fait dire à Bazin que « dans certains cas de phthisie vénérienne on avait trouvé dans le poumon un mélange de tubercules et de gommes, tel qu'on a pu se demander si le tubercule ne pouvait pas naître aussi sous l'influence de la diathèse syphilitique », et les observations 49 et 61 semblent vérifier la possibilité du mélange des deux lésions.

Pour Schnitzler « les symptômes de la syphilis pulmonaire

sont en général ceux de la phthisie ordinaire, par conséquent l'affection est pendant la vie, difficile à reconnaître de manière certaine, et même à l'autopsie, on ne peut pas toujours, diagnostiquer les deux processus l'un de l'autre. » Passe encore de ne pouvoir poser un diagnostic différentiel suffisant, sur la table de l'amphithéâtre, mais pourquoi ce découragement pendant la vie, alors qu'un traitement approprié adoucira considérablement le pronostic ? Du reste, si les deux affections sont différentes, se manifesteront-elles par des symptômes identiques ? Il n'en est rien. Les symptômes tant fonctionnels que physiques, sont autres dans les deux maladies.

On a voulu donner le moment de l'apparition comme un signe essentiel, et l'on a dit que la gomme pulmonaire apparaissait pendant la période tertiaire de la syphilis, tandis que la tuberculose apparaissait pendant les premières années de l'infection syphilitique. Cette proposition n'est qu'à moitié vraie. Évidemment la gomme du poumon est un accident de la syphilis tertiaire, mais la tuberculose peut naître à une période quelconque de la syphilis, ou plutôt, soit pendant la période des accidents secondaires, soit pendant la période des accidents tertiaires. Dans 40 de nos cas elle a débuté pendant la deuxième période, 29 fois la maladie vénérienne était plus ancienne.

Signes fonctionnels :

Dans les deux affections, la *toux* est d'abord sèche, puis augmente, devient humide et plus fréquente. Peut-être est-elle plus rare dans la syphilis pulmonaire que dans la tuberculose.

L'*expectoration* est d'abord assez rare dans les deux affections, puis devient plus abondante, jaune, muco-purulente.

Elle serait moins puriforme et moins abondante dans la gomme du poumon.

Mais si macroscopiquement il n'y a point dans les crachats d'élément essentiel de diagnostic, il en est tout autrement pour l'examen au microscope. S'agit-il de tuberculose, on constatera la présence de fibres élastiques, et, ce qui est plus caractéristique encore, surtout s'il s'agit de poser le diagnostic au début de la maladie, on constatera la présence des bacilles pathognomoniques du tubercule. Evidemment, s'il s'agit de syphilis du poumon, il n'y aura dans les crachats, ni fibres élastiques, ni bacilles. Mais on a constaté, que dans des cas de tuberculose certaine, le bacille faisait défaut. Si sa présence est une preuve certaine de tuberculose, son absence ne suffirait donc pas à infirmer un diagnostic solidement établi sur les signes physiques et fonctionnels.

Hémoptysie. Dans la tuberculose, l'hémoptysie est la règle. On admet généralement que l'hémoptysie est l'exception dans la syphilis pulmonaire. Schnitzler a constaté la rareté de l'hémoptysie dans la gomme du poumon. Selon Fournier, au contraire, l'hémoptysie serait assez fréquente. Enfin Lacaze (thèse *Paris* 1870) compte 3 fois des hémoptysies sur 16 cas de syphilis pulmonaire.

Il semble donc que l'hémoptysie appartienne plutôt à la tuberculose, mais qu'elle peut exceptionnellement se produire dans la syphilis du poumon.

Dyspnée. Le tuberculeux ne tarde pas à être essoufflé au moindre effort, à présenter une dyspnée en rapport avec l'étendue des lésions des voies respiratoires. Il n'en est rien dans la gomme du poumon : la respiration reste facile alors que les signes physiques indiquent des lésions assez étendues.

Fièvre. On est généralement d'accord pour reconnaître l'excellence de ce symptôme. Le tracé de la fièvre tuberculeuse est pathognomonique. Dans la gomme du poumon, pas plus que dans la gomme du cerveau ou d'un organe quelconque, on n'a de température vespérale élevée. Ce n'est pas sans étonnement qu'on lit dans la thèse de Lacaze, « qu'ordinairement modérée, la fièvre peut devenir continue, avec exacerbation le soir, comme dans la phthisie tuberculeuse » Qu'est-ce que cette affection qui a le tracé si caractéristique de la tuberculose ? Certes pas une gomme du poumon, mais bien une tuberculose. D'autres, plus timides, veulent bien admettre que s'il y a de la fièvre dans la syphilis pulmonaire, elle est rare et en tous cas faible. (Przegląd Lekarski 1881.)

Points de côté. La tuberculose est d'ordinaire précédée et accompagnée de points de côté fréquents résultant, soit de tubercules pleuraux, soit de pleurésie sèche ou avec épanchement plus ou moins considérable. Avec une gomme pulmonaire superficielle, nous pourrions avoir des points de côté, mais encore seraient-ils localisés dans un côté du thorax et en un point bien déterminé, restant invariablement le même.

Les sueurs nocturnes profuses manquent rarement chez les tuberculeux, et font défaut dans la syphilis pulmonaire.

Larynx. D'après John Schnitzler (1), la syphilis pulmonaire s'accompagnerait d'ordinaire de lésions syphilitiques du larynx. Sur cinq cas de gomme du poumon, il a constaté l'existence simultanée de lésions spécifiques du côté du larynx. Est-ce à dire, comme on pourrait le croire d'après Schnitzler, que ce soit là un symptôme différentiel de valeur ? Qu'il s'agira de gomme pulmonaire toutes les fois que l'on constatera la coexistence de la laryngite syphilitique ? Certes non.

(1) (*Revue des sciences med.* 15 janvier 1880).

En effet rien n'est plus commun que de voir les syphilitiques atteints d'accidents laryngés, surtout pendant la période secondaire. Il en est peu, même des mieux traités, qui échappent à cet accident. Et plus exposés encore à contracter ces lésions seront peut-être les syphilitiques tuberculeux en même temps. Donc qu'il s'agisse de laryngite simple ou de laryngite syphilitique, nous ne pourrions conclure de là que les lésions pulmonaires sont de même nature. Il en est autrement si l'individu syphilitique est atteint de laryngite tuberculeuse, complication assez fréquente, soit au début, soit plutôt vers la fin de l'évolution tuberculeuse. Il s'agit donc de constater la nature tuberculeuse de la laryngite.

« Dans la syphilis du larynx, la voix est voilée, rarement aphone. Dans la tuberculose, au contraire, l'aphonie complète s'observe fréquemment. Dans la syphilis, la respiration est rarement compromise, si ce n'est dans le cas de complications sérieuses, quand il survient un rétrécissement du larynx ou de l'œdème de la glotte. Dans la phthisie, au contraire, la gêne respiratoire est le symptôme constant du début. — Un symptôme important nous est fourni par le symptôme douleur. En effet, les ulcérations spécifiques même étendues, sont absolument indolentes, à moins qu'il n'existe de la périchondrite. Dans la phthisie laryngée, les malades éprouvent une douleur vive et intense quand ils veulent avaler ou tousser » (1).

C'est surtout par l'examen laryngoscopique qu'on peut juger de la nature de la laryngite. On sait que la laryngite tuberculeuse a pour siège ordinaire la région aryténoidienne et les cordes vocales inférieures, tandis que la laryngite syphilitique siège de préférence dans les régions sus-glottiques et surtout sur l'épiglotte, jamais sur les cordes vocales inférieures : La

(1) (LENNOX BROWNE. *Ann. Derm. et de Syph.* Décembre 1882.)

laryngite tuberculeuse marche de bas en haut, la laryngite syphilitique de haut en bas.

La forme des deux espèces de lésions est également différente. Dans la tuberculose laryngée ce sont tantôt des glandes hypertrophiées, tantôt des ulcérations plus ou moins profondes dont le fond est la muqueuse, ou le tissu musculaire, ou le cartilage nécrosé, ou même c'est une perforation complète (fistule laryngée.) Dans la syphilis du larynx ce sont, soit des plaques muqueuses faisant relief, soit des ulcérations entourées d'une auréole rouge et de condylomes.

Pour Browne, il s'agit de laryngite tuberculeuse, lorsqu'il y a de la température, alors même que l'étude la plus attentive de la poitrine, ne permet de reconnaître aucune lésion du côté du poumon et que l'examen laryngoscopique laisse des doutes. Il faudrait donc admettre que la laryngite tuberculeuse s'accompagne de fièvre. Il n'en est rien. Dans ce cas, la tuberculose pulmonaire évolue déjà, mais sans donner encore de symptômes physiques : la température est sa première manifestation sensible. Le laryngite peut donc être parfaitement de nature spécifique, alors que l'individu a de la fièvre.

Diarrhée. Un des points d'élection du tubercule est la muqueuse intestinale, aussi la tuberculose pulmonaire est-elle d'ordinaire accompagnée, soit dès le début, soit plutôt vers la fin, lors de la généralisation de l'affection, de tuberculose intestinale qui se manifeste par une diarrhée d'intensité proportionnelle aux lésions intestinales. Rien de semblable ne se voit dans la syphilis tertiaire du poumon. — Si en même temps, comme cela arrive quelquefois, le péritoine est également envahi par le tubercule, on aura de plus, les symptômes de la péritonite chronique.

Qu'il nous suffise de nommer la méningite tuberculeuse, qui vient quelquefois terminer la scène d'une tuberculose chronique et qui évidemment ne laisserait pas de douter sur la nature de l'affection pulmonaire. Mais c'est là une terminaison assez rare pour qu'elle ne puisse servir que très exceptionnellement comme caractère différentiel.

Etat général: La tuberculose est-elle au début de son évolution, l'état général peut-être assez satisfaisant, et si l'affection suit une marche lente, l'état général ne s'altère que lentement, puis, à un moment donné, la maladie prend une marche plus aiguë et le malade dépérit rapidement. Cependant, même pendant la période stationnaire ou de processus lent, le tuberculeux a un aspect spécial, qui a fait dire aux anciens que l'individu entier était tuberculeux « homo totus est tuberculosus. » La fièvre, les sueurs, l'inappétence l'épuisent peu à peu : il est faible, amaigri. Au contraire, le malade atteint de gomme pulmonaire conserve l'appétit, l'embonpoint, les forces. On est tout étonné de voir des lésions avancées, ne produire que peu d'effet sur la santé générale de l'individu.

Marche. — La marche de la phthisie commune est plus rapide que celle de la syphilis pulmonaire : En effet, la tuberculose atteint les deux poumons, tandis que la gomme du poumon détruit une portion donnée du champ respiratoire, laissant un poumon intact et n'envahissant qu'une partie du poumon malade : l'hématose se fera donc suffisamment.

Une autre différence dans la marche des deux affections consiste en ce que la tuberculose procède par poussées, à intervalles plus ou moins éloignés, c'est-à-dire qu'à certaines époques tous les symptômes s'exagèrent (fièvre, sueurs, symptômes physiques), tandis que la gomme s'étend lentement, sans présenter de période d'exacerbation. C'est une toux

toujours rare, une expectoration toujours peu abondante, une dyspnée peu intense etc....

Traitement : Le traitement est une pierre de touche excellente. Une guérison rapide, absolue, de longue durée, avec disparition complète des symptômes tant fonctionnels que physiques, résulte-t-elle d'un traitement antisyphilitique convenablement dirigé ? Pas de doute. Il s'agit bien certainement de syphilis tertiaire du poumon. Le traitement ne produit-il, au contraire, aucun résultat heureux, ou bien n'est-il que palliatif, ne fait-il que ralentir le processus morbide, sans en effacer complètement les symptômes ? il s'agit fort probablement de tuberculose pulmonaire. A cela, on peut, à la vérité, objecter d'une part, qu'une gomme du poumon traitée trop tard, ne se résoudra plus et finira par emporter le malade, et d'autre part, qu'une tuberculose au début, peut générer ou au moins être enrayée dans sa marche et rester stationnaire pendant de longues années.

Signes physiques :

On a voulu reconnaître une *coloration* spéciale de la peau ; dans les cas de syphilis tertiaire : ce serait une teinte pâle, gris sale. De même, le tuberculeux aurait sa coloration particulière. Ce sont là des signes de très peu de valeur, si tant est qu'ils en aient.

La *Conformation* de la cage thoracique n'est pas sans importance. Chez le tuberculeux on constate un retrécissement du diamètre supérieur transversal du thorax ; les creux sus et sous claviculaires d'un côté ou des deux côtés sont creusés. Les deux sommets ou l'un d'eux se développent peu pendant l'inspiration : la différence est surtout sensible pendant une inspiration exagérée. S'il s'agit, au contraire, de syphilis pulmonaire, le thorax est bien conformé, les creux sus et

sous-claviculaires peu marqués, les sommets se meuvent également bien.

Quant à la percussion et à l'auscultation, il ne faut leur demander que ce qu'elles peuvent nous donner. Ces modes d'exploration ne nous indiquent qu'une chose : c'est l'*état physique* de la région examinée, c'est l'induration ou le ramollissement ou l'existence d'une excavation. Mais ils ne nous disent pas la *nature* de la lésion, et c'est justement là ce qui nous importe le plus. Ainsi une gomme superficielle donnera les symptômes d'une tuberculose au début : matité, diminution du murmure vésiculaire, remplacé par une respiration rude, une expiration prolongée ou soufflée, de la bronchophonie. De même une gomme ramollie nous donnera les signes physiques des tubercules ramollis : craquements secs ou humides ; et, s'il se forme une cavité consécutivement à la fonte de la gomme, nous aurons les symptômes cavitaires, absolument semblables à ceux d'une caverne d'origine tuberculeuse ou d'une dilatation considérable des bronches (tympanisme, bruit de pot félé, gargouillements, souffle caverneux, pectoriloquie, etc.). Cependant, on a voulu donner des caractères différentiels dans les résultats fournis par la percussion et l'auscultation. Dans la syphilis pulmonaire, la matité serait moins prononcée, ce qui est faux, car il est reconnu que la gomme est d'ordinaire superficielle (Lacaze, thèse 1870). Pour Thompson (1), le cachet particulier de la syphilis pulmonaire est l'absence de tout signe de liquéfaction et de tout symptôme cavitaire. Certes, la gomme a peu de tendance à se ramollir. Rarement on constatera la présence de râles sous-crépitants ou de signes cavitaires, mais cela ne veut pas dire qu'on ne rencontre pas quelquefois ces symptômes.

(1) *The lancet*, avril 1878.

Si par eux-mêmes, les signes physiques ont peu de valeur diagnostique, leur importance est essentielle au point de vue du *siège*. Au début, la tuberculose atteint d'ordinaire un seul poumon, mais là déjà, elle a son siège de prédilection et occupe le sommet. Elle reste ainsi localisée plus ou moins longtemps, suivant sa marche plus ou moins rapide. Puis elle envahit le second poumon, et c'est encore au sommet qu'elle évolue d'abord. Ainsi voilà deux caractères bien nets : 1° C'est le sommet qui est pris ; 2° à un moment donné les deux poumons sont malades.

En est-il de même dans la syphilis pulmonaire ?

Déjà Schröder van der Kolk, indique en 1826 le siège de prédilection de la gomme du poumon. « *Etenim non raro perscrutando cadavera syphiliticorum, qui dum vivebant, phthisici videbantur, inveni in pulmonibus, præcipue in medio lobo, ulcus quoddam, seu pus collectum, sine ullo tuberculo cingente.* » Puis vinrent Ricord, Gibert, Grandidier, Lancereaux, Fournier qui reconnurent également que la syphilis tertiaire occupait, le plus habituellement, le poumon droit et de préférence le lobe moyen du poumon droit. Grandidier donne 30 observations de Gommages du poumon : dans 27 cas, le siège était le lobe moyen droit, 2 fois le sommet droit, une fois le sommet gauche. Aussi Grandidier considère-t-il la localisation dans le lobe moyen du poumon droit, comme étant le symptôme caractéristique de la syphilis pulmonaire.

Pour M. Fournier les gommages du poumon sont peu nombreuses, uniques d'ordinaire, occupant un seul poumon, mais n'ayant pas de lieu d'élection.

De même Carlier (1), tout en admettant la rareté des

(1) (*Thèse*. Paris, 1882).

gommes aux sommets, pense que la syphilis peut siéger indifféremment dans un lobe ou dans l'autre de l'un des poumons. Quoiqu'il en soit, il ressort de ces opinions un peu différentes les unes des autres, que la gomme du poumon se localise en un point donné, qu'elle reste unique, atteint un seul poumon, peu souvent le sommet, le plus souvent le lobe moyen du poumon droit.

La percussion et l'auscultation indiquent encore si l'affection pulmonaire s'accompagne de pleurésie ou de pneumothorax, complications si fréquentes de la tuberculose et si exceptionnelles de la syphilis pulmonaire.

Enfin, le diagnostic post mortem n'est guère plus aisé à poser que le précédent. Lebert admet que « la gomme du poumon a une grande analogie avec les tubercules, si bien que dans cette maladie il n'y a ni symptôme pathognomonique, ni alteration anatomique spéciale ». De même Boerensprung proclama l'unité et l'identité de la gomme et du tubercule (1). Pour Niemeyer « la question de savoir si une affection pulmonaire est de nature syphilitique ou non, peut être difficile et même impossible à résoudre ». Virchow constate également cette difficulté « il faudra encore, dit-il, une étude très approfondie pour fixer les limites qui séparent les tubercules et les gommes caséeuses. »

Enfin Carlier (2) insiste sur la difficulté, l'impossibilité même parfois du diagnostic microscopique, entre la gomme et le tubercule.

En effet, la gomme comme le tubercule, présente trois stades dans son évolution : stade de crudité, de ramollissement et d'évacuation. Au début pourtant, le diagnostic anatomique

(1) (*Deutsche Klin.* 1858).

(2) (*Thèse*, Paris, 1882).

est possible : Dans la syphilis pulmonaire c'est une hyperplasie et hypertrophie du tissu conjonctif interstitiel, intéralvéolaire et péribronchique : C'est de la sclérose, de la pneumonie chronique. Mais une fois la gomme ramollie, caseifiée, le diagnostic devient difficile. Pour Brissaud (1), « la caseification se développe dans un tissu fibreux et est en quelque sorte un néoplasme surajouté à la sclérose. » Pour Wagner (2), on trouverait dans la gomme du poumon, un amas de noyaux contenus dans des alvéoles isolées. Forster (3), soutient que ceci n'est pas caractéristique. Pour Herard et Cornil (4), « les noyaux de nouvelle formation dans la gomme, sont ordinairement moins nombreux, moins pressés que dans le tubercule, mais ce sont exactement les mêmes éléments » et plus loin ils ajoutent : « le centre de la gomme qui est habituellement comme le tubercule, en dégénération graisseuse, présente une forme de dégénérescence qui diffère notablement de celle de la tuberculose. On trouve en effet dans la partie centrale de la gomme, de gros corps granuleux formés de granulations graisseuses, ou des amas allongés de granulations, tandis que dans les parties équivalentes des tubercules, on rencontre seulement des noyaux atrophiés et très finement granuleux. » Pour Cornil et Ranvier : « les vaisseaux pénètrent à la périphérie et sont perméables, ce qui différencie la gomme du tubercule. » Quant à la cellule géante, longtemps considérée comme caractéristique du tubercule, elle n'est plus spéciale au tubercule, depuis que Bizzoro (1873), Greffini (1875) et Baumgartem (1876) l'ont découverte dans les tumeurs d'origine syphilitique.

(1) (*Annales de dermat.* 1881).

(2) (*Arch. der Heilkunde.* 1864).

(3) (*Handbuch der path. anat.* 1865).

(4) (*De la phthisie pul.*)

Les différences histologiques sont donc, comme le dit Cornil « bien peu tranchées ; ce sont des nuances et non des oppositions. »

Cependant depuis que Koch a découvert le microbe du tubercule, le diagnostic histologique a pris plus d'importance.

Quoi qu'il en soit, l'examen microscopique ne donne encore pas des signes absolument certains, et ce que Virchow écrivait en 1867, dans son traité des tumeurs, est encore vrai aujourd'hui : « l'ensemble de la disposition de ces tumeurs est bien plus spéciale que leurs éléments isolés. »

En effet, les signes macroscopiques sont plus nets que les caractères histologiques. Et d'abord, la gomme est d'ordinaire *unique*, ou en tous cas, le nombre des gommes est très restreint ; la tuberculose, au contraire se caractérise par la tendance à se généraliser, à envahir la plus grande partie des poumons. — Le *volume* minimum de la gomme n'est jamais aussi petit que celui du tubercule : Jamais elle n'affecte la forme miliaire. Un poumon tuberculeux contiendra toujours des tubercules récents, à l'état miliaire. Le volume moyen de la gomme est celui d'un gros pois et le volume maximum celui d'une grosse noix. Le tubercule détruit des portions de poumon bien plus grandes, réduisant parfois un lobe à l'état de 2 ou 3 cavernes. On peut donc dire que la gomme n'est jamais ni aussi petite, ni aussi grande que la lésion produite par le tubercule. — La gomme forme une *lésion bien limitée* ; le poumon est sain partout ailleurs. S'il n'y a qu'une caverne tuberculeuse, au contraire, ce qui est déjà fort rare, le poumon ou les deux sont infiltrés, criblés de noyaux caséux, de tubercules récents. On constate la présence du tubercule à différents âges, évoluant sur toute l'étendue des poumons.

La *couleur* de la gomme est d'ordinaire blanche, grisâtre, jaunâtre si elle est vieille, jamais elle n'est transparente

comme le tubercule gris. — A la *palpation*, la gomme présente une surface lisse ; le tubercule, une surface irrégulière, mamelonnée.

La gomme est dure lorsqu'elle n'est pas ramollie, et même ramollie elle est encore plus résistante que le tubercule, grâce à sa coque fibreuse. Depaul, qui a autopsié de nombreux enfants atteints de gommes du poumon, dit que « c'est sous la forme de noyaux indurés, durs, inégaux, que l'altération se présente. » A la section, la gomme présente un tissu dense, homogène ou bien un commencement de regression graisseuse.

Est-il besoin d'établir le diagnostic d'avec la dilatation des bronches ? Le plus ordinairement ce diagnostic n'est pas à faire, la gomme se ramollissant peu souvent et ne donnant par conséquent pas souvent des symptômes cavitaires. Si pourtant une caverne s'était produite, la marche encore plus lente que celle de la gomme, l'expectoration plus abondante, les vomiques caractéristiques, l'odeur spéciale de l'expectoration mettraient bientôt sur la voie.

Pour mémoire, ce tableau ci-contre nous permettra de revoir, d'un rapide coup d'œil, les principaux caractères différentiels des deux affections.



DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

TUBERCULOSE PULMONAIRE

A. Signes fonctionnels :

- 1^o Toux fréquente, quinteuse.
- 2^o Expectoration muco-purulente. Cra-chats contenant des fibres élastiques et des *bacilles*.
- 3^o Hémoptysie habituelle.
- 4^o Dyspnée proportionnelle à l'étendue des lésions.
- 5^o *Fièvre vespérale caractéristique*.
- 6^o Points de côté fréquents, disséminés.
- 7^o *Sueurs nocturnes habituelles*.
- 8^o Laryngite tuberculeuse caractéristique, mais difficile à constater : Caractères de la laryngite tuberculeuse : Aphonie complète ; gêne respiratoire dès le début ; lésions très douloureuses pendant la déglutition et la toux ; siège des lésions sur les cordes vocales inférieures et dans la région aryténoidienne ; aspect des lésions : plus ou moins profondes.
- 9^o *Diarrhée fréquente*.
- 10^o État général spécial ; bien vite débilisé.
- 11^o Marche rapide d'ordinaire.
- 12^o Traitement d'ordinaire peu efficace.

B. Signes physiques :

- 1^o Thorax étroit. — Creux sus et sous-claviculaires marqués.
- 2^o *Siège* des lésions aux sommets.
- 3^o Pleurésie, pneumothorax, méningite venant souvent compliquer la scène.

SYPHILIS PULMONAIRE

A. Signes fonctionnels :

- 1^o Toux toujours rare.
- 2^o Expectoration peu abondante. Cra-chats sans fibres élastiques ni *bacilles*.
- 3^o Hémoptysie exceptionnelle.
- 4^o Dyspnée peu intense, non en rapport avec l'étendue des lésions.
- 5^o *Pas de fièvre ou très peu*.
- 6^o Points de côté rares.
- 7^o *Sueurs nocturnes rares*.
- 8^o Laryngite syphilitique non caractérisée de lésions analogues du poumon. Caractères de la laryngite syphilitique : Voix voilée ; respiration rarement compromise ; ulcérations spécifiques indolores ; siège des lésions dans les régions sus-glottiques et sur épiglote ; aspect des lésions : superficielles, présence des condylomes.

- 9^o Diarrhée rare.
- 10^o État général pouvant rester longtemps satisfaisant.
- 11^o Marche plus lente.
- 12^o Traitement suivi d'ordinaire de résultats heureux.

B. Signes physiques :

- 1^o Thorax bien conformé. Creux sus et sous claviculaires peu marqués.
- 2^o *Siège* d'élection de la gomme dans le lobe moyen du poumon droit.
- 3^o Affections exceptionnelles pendant le cours de la syphilis.

- | | |
|--|---|
| <p>4° Au microscope, le centre du tubercule contient des noyaux fins, granuleux, nombreux. Pas de dégénérescence graisseuse. Présence du bacille.</p> <p>5° Signes macroscopiques :</p> <p>a) Lésions multiples, étendues.</p> <p>b) Le tubercule se présente soit à l'état miliaire, soit à l'état de noyaux plus ou moins volumineux.</p> <p>c) Les poumons sont altérés dans leur plus grande partie.</p> <p>d) Tubercule de couleur grisâtre ; transparent.</p> <p>e) A la palpation, surface irrégulière, peu résistante.</p> | <p>4° Noyaux moins nombreux, moins pressés. — Dégénérescence graisseuse. Pas de bacille.</p> <p>5° Signes macroscopiques :</p> <p>a) Gomme unique d'ordinaire ; lésions peu étendues.</p> <p>b) La gomme ne présente jamais l'aspect miliaire. Elle atteint rarement un volume aussi considérable que le tubercule.</p> <p>c) Les poumons sont normaux en dehors de l'altération gommeuse.</p> <p>d) Gomme blanche, jaunâtre ; jamais transparente.</p> <p>e) A la palpation, surface lisse, plus dure.</p> |
|--|---|
-

PRONOSTIC

« *A priori*, toute altération de l'organisme, de quelque nature qu'elle soit, doit avoir pour résultat de l'affaiblir et de le livrer sans défense à l'action des diathèses. » (Raynaud Dict. Jaccoud). Bazin (Ann. de dermat. et de syph. 1870) disait; « Je puis affirmer que les malades affaiblis par la seconde maladie (la syphilis) étaient moins en état de résister à la première (scrofule). »

Thoresen (1), reconnaît que le pronostic de la syphilis est grave, lorsqu'elle atteint des individus tuberculeux. Enfin, Guibout, dans ses leçons à l'hôpital Saint-Louis (1881) est encore plus affirmatif: « Nous ne saurions trop le répéter, dit-il, la syphilis change d'aspect dès qu'elle trouve devant elle une autre diathèse. On ne saurait trop montrer combien le pronostic de la syphilis diffère suivant le terrain sur lequel elle évolue. Qu'un alcoolique attrape la syphilis, vous aurez toutes les chances pour voir survenir chez lui toutes les syphilides graves. Qu'un sujet prédisposé à la tuberculose contracte la syphilis, la tuberculose éclatera au moment des accidents secondaires. Le réveil d'une diathèse par une autre est un fait clinique. »

Il ressort donc de l'avis des cliniciens, il ressort encore des observations que nous avons rassemblées, que la syphilis a une gravité spéciale chez les individus prédisposés à la tuber-

(1) *Christiana*, 1875.

culose, et que le pronostic en est très assombri, par le fait que la syphilis peut donner naissance à la tuberculose. Sous ce point de vue, le pronostic est très sérieux. Mais si la tuberculose existe déjà, au moment où le malade contracte la syphilis, ou bien si la syphilis a occasionné l'éclosion de la tuberculose, l'affection pulmonaire suivra-t-elle une marche plus rapide que d'ordinaire? Quelquefois en effet la tuberculose évolue alors rapidement. Dans cinq de nos observations le malade a été emporté par la tuberculose dans l'année même où il est devenu syphilitique (obser. 7, 33, 34, 41 et 43). Dans dix cas, le malade a succombé de 2 à 5 ans après l'apparition du chancre. Mais, on le voit ce sont des exceptions. Du reste, la tuberculose suit une marche aussi rapide, dans la même proportion, lorsqu'elle évolue sur un terrain non syphilitique. Généralement le pronostic n'est donc pas plus grave que pour la tuberculose commune. Grâce à un traitement convenable, les deux affections ne s'influencent guère : la syphilis reste bénigne ; la tuberculose reste chronique. Les deux affections suivent chacune sa marche habituelle. Ce qui a fait dire à Gambérini (1852), qu'il avait soigné beaucoup de phthisiques, dont un certain nombre avait présenté des symptômes de syphilis constitutionnelle, et qu'il n'avait jamais trouvé de différence, soit entre les symptômes cliniques qu'ils présentaient, comparés à ceux d'autres phthisiques non vénériens, soit entre les lésions anatomiques offertes par ceux-ci et par ceux-là. D'autres observateurs, dignes de foi, affirment que la syphilis bien traitée chez un tuberculeux, semble même parfois agir favorablement sur l'évolution de l'affection pulmonaire. C'est peut être trop d'optimisme. Toujours est-il, que bien souvent la tuberculose n'est en rien aggravée par une syphilis traitée.

Nous n'avons pas à examiner ici, comment la syphilis est

influencée par la tuberculose. Nous n'en dirons qu'un mot. On a dit que la syphilis se traduisait par des accidents plus sérieux lorsqu'elle atteignait un tuberculeux. C'est comme l'a dit spirituellement M. Peter, un échange de mauvais procédés.

Certes, c'est surtout chez les scrofuleux, chez les tuberculeux qu'on a des accidents secondaires de longue durée, rebelles au traitement. Cependant, si nous nous en rapportons aux observations, nous sommes obligés de convenir que le plus souvent il s'agissait de syphilis bénignes, souvent même assez difficiles à constater, à cause du manque de symptômes apparents, et, en tous cas, les accidents spécifiques constatés disparaissaient facilement sous l'action du traitement. Il n'y a guère que les deux cas de Colomiatti et le cas (obs. 72) de M. le professeur Spillmann, où les accidents spécifiques aient résisté au traitement.

Tout en reconnaissant la gravité d'une affection débilitante comme l'est la syphilis, sur un organisme de peu de résistance, où déjà dominé par la diathèse tuberculeuse, il ne faut pas être effrayé outre mesure et chercher, par un traitement approprié, à éviter que la syphilis fasse son lit à la tuberculose, soit, si déjà la tuberculose a envahi la place, puisque l'on ne peut déraciner le mal, à l'enrayer au moins le mieux possible.

TRAITEMENT

Il s'en faut que l'accord soit fait sur la question du traitement. Il n'a pas manqué d'observateurs pour affirmer que, loin d'avoir une action bienfaisante sur la marche de la tuberculose, le traitement spécifique ne faisait que précipiter les accidents.

« Il m'est souvent arrivé, dit Sacharjin (1) de voir des malades avec des accidents syphilitiques, soit primitifs, soit tertiaires, gagner la tuberculose commune avec sa fièvre, ses hémoptysies, sa toux, son expectoration, ses altérations à la percussion et à l'auscultation : Dans ces cas le traitement antisiphilitique ne produisait pas d'amélioration, au contraire, l'état empirait à tel point que j'ai toujours dû supprimer le traitement spécifique. » Comment expliquer une pareille conclusion ? Fort probablement il s'agissait de tuberculeux à la troisième période, ou bien encore le traitement aura été mal suivi ou mal ordonné.

En effet, on admet généralement l'action bienfaisante du traitement antisiphilitique convenablement administré dès le début de l'affection vénérienne, comme prophylactique de l'affection pulmonaire, ou si déjà celle-ci existe, comme palliatif.

Déjà Von Hircker (2) disait que « souvent après que les accidents de la syphilis ont disparu, des altérations organiques, telles que caries, accidents scrofuleux, phthisie, etc... sont réveillées, et le plus souvent il s'agit alors de malades qui ont été mal soignés. » Et Gerhard (3) va plus loin, « quand la syphilis est cause de la tuberculose, dit-il, cette forme de tuberculose est guérissable, au début, par un traitement spécifique, mais plus tard on ne peut plus rien contre elle, et alors elle suit la marche fatale de la tuberculose ordinaire. » Wilks (4) exprime les mêmes idées. Enfin, M. Fournier (5) dit « au cas où la syphilis peut être soupçonnée

(1) (*Ber. Klin. W.* 1878).

(2) (*Jahresber.* 1846).

(3) (*Sitzungsber. der Wurtzl. phys. med. Ges.*).

(4) (*Guy's Hosp. Jahresb.* 1863).

(5) (*Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.* 1875).

comme cause, l'indication formelle est de prescrire le traitement spécifique, lequel a fourni parfois en pareil cas, les plus heureux résultats. » Donc, si la syphilis atteint un individu à antécédents héréditaires suspects, ou bien en contact habituel avec des tuberculeux, ou bien affaibli déjà par l'alcoolisme ou par des excès de toute nature, il faudra surveiller de près la syphilis, la *traiter convenablement*, la *traiter longtemps*, et l'on pourra espérer éviter la survenance de la tuberculose ou bien au moins en retarder l'apparition le plus possible (1).

C'est dans ce but que Devergie traitait les scrofuleux qui devenaient syphilitiques par le traitement spécifique, par l'huile de foie de morue et les ferrugineux. Certes c'est là le but idéal auquel il faut tendre. Dans nos observations nous n'avons que deux cas où la tuberculose éclata pendant les premières années d'une syphilis traitée (observ. 11 et 42); ce qui nous montre, qu'il n'est pas toujours possible de prévenir une tuberculose précoce. Dans cinq cas de syphilis traitée la tuberculose ne survint que lors des accidents tertiaires, 10 à 30 ans après le début de la syphilis, ce qui pour n'être pas un résultat très heureux, n'en est pas moins un résultat, qui n'est pas à dédaigner. Dans les autres cas, ou bien il n'est rien dit au sujet du traitement, ce qui est encore, peut-être, une affirmation plutôt qu'un oubli, ou bien le malade n'a pas été traité, ou très incomplètement, ou bien il a refusé de suivre le traitement.

Mais si la tuberculose éclate, suffira-t-il de traiter la cause occasionnelle pour abolir l'effet déjà produit? Certainement non. L'affection pulmonaire évoluera, quoiqu'on fasse et aboutira, dans un plus ou moins bref délai, à l'issue fatale. Mais

(1) Nous pensons qu'il serait superflu d'insister ici sur la manière de diriger le traitement antisiphilitique.

cela même est-il une raison suffisante pour laisser persister la cause dans toute sa vigueur, pour la regarder paisiblement produire ses effets désastreux ? Et si l'on ne peut guère espérer une guérison radicale, ne doit-on pas, au moins, sinon supprimer la cause, ce qui est impossible, mais au moins la réduire à l'impuissance ? La première indication n'est-elle pas de donner à l'organisme les forces nécessaires pour lutter contre l'affection bacillaire ? Maintenir l'état général, et cela n'est possible, dans nos cas, que par le traitement antisyphilitique, les toniques et l'hygiène, est bien certainement la partie essentielle du traitement.

Ce qui peut et doit être tenté si les lésions pulmonaires sont à leur début, devient inutile, nuisible même si la tuberculose est trop avancée. Dans trois de nos observations (obs. 4, 23 et 40), on a dû supprimer le traitement spécifique, qui, tout en agissant sur les lésions syphilitiques d'une manière favorable, ne semblait qu'affaiblir davantage les malades et hâter l'évolution tuberculeuse.

Dans ces cas, on s'en tiendra aux toniques, aux fébrifuges, à une hygiène convenable, etc.

CONCLUSIONS

I. — La syphilis peut provoquer le développement de la tuberculose chez un sujet prédisposé, de souche tuberculeuse. De même la syphilis évoluant chez un sujet délabré par des excès ou une cause générale quelconque, mais n'ayant cependant pas d'antécédents tuberculeux, constitue une nouvelle et puissante cause de détérioration organique, qui pourra favoriser le développement du tubercule.

II. — La syphilis contractée par un individu déjà tuberculeux, imprime parfois au travail de la tuberculisation une impulsion insolite. D'autrefois les symptômes de l'affection pulmonaire suivent la progression qu'on remarque d'ordinaire.

III. — Le diagnostic entre la syphilis pulmonaire et la tuberculose commune chez un syphilitique est possible. Pendant la vie, le tracé thermique, le siège des lésions, la présence ou l'absence du bacille tuberculeux seront les symptômes essentiels qui serviront à établir le diagnostic. A l'autopsie ce seront les signes macroscopiques qui guideront le diagnostic.

IV. — Le traitement antisyphilitique, les toniques et une bonne hygiène peuvent prévenir ou retarder l'éclosion de la tuberculose chez un syphilitique, fut-il de souche tuberculeuse.

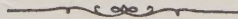
V. — Le traitement bien dirigé peut annihiler l'action de la syphilis sur la tuberculose déjà existante, mais encore au début. Les deux affections peuvent rester relativement bénignes.

VI. — Le traitement spécifique reste sans action utile, et semble même nuisible, si les lésions tuberculeuses sont trop avancées.

Vu :
Le Président de la thèse,
Nancy, le 14 mai 1884.
BERNHEIM.

Le Doyen de la Faculté
de médecine,
TOURDES.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 14 mai 1884,
Le Recteur,
M. MOURIN



QUESTIONS PROPOSÉES PAR LA FACULTÉ

- 1° CHIMIE. — Caractères distinctifs des proto-sels de fer d'avec les sesqui-sels.
- 2° PHYSIQUE. — Moyens divers de déterminer la température générale ou locale de l'homme à l'état de santé ou de maladie.
- 3° HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — Des différentes espèces de Quinquina. Faux Quinquina.
- 4° ANATOMIE. — Anastomoses du ganglion cervical supérieur.
- 5° HISTOLOGIE. — Le Cristallin.
- 6° PHYSIOLOGIE. — Du Protoplasma.
- 7° PATHOLOGIE ET CLINIQUE EXTERNES. — De l'hydrocèle.
- 8° PATHOLOGIE ET CLINIQUE INTERNES. — Des rapports qui entre les maladies de la moëlle et les affections du rachis.
- 9° ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Du rétrécissement de l'œsophage.
- 10° THÉRAPEUTIQUE. — Traitement du goître.
- 11° MÉDECINE OPÉRATOIRE. — Du cathéterisme du canal nasal.
- 12° ACCOUCHEMENTS. — Des hémorrhagies post-puerpérales.
- 13° HYGIÈNE. — Influence climatérique sur les maladies épidémiques.
- 14° MÉDECINE LÉGALE. — De la syphilis vaccinale. Applications médico-légales.

